

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TEST DU VILLAGE

PAR

MM. J. RIGAL, J.-P. SCHNETZLER et F. DUTERTRE

I. — HISTORIQUE. GÉNÉRALITÉS

Le test du village a été utilisé d'abord chez les enfants par Kuyper et Van Lennep, de l'Institut d'orientation professionnelle d'Utrecht, en vue de dépister les troubles caractériels s'opposant à l'adaptation sociale. Secondairement, ces auteurs étendirent l'utilisation du test aux adultes et constatèrent qu'il était souvent révélateur de la mentalité des exécutants.

Arthus, en 1939, introduisit ce test en France et en Suisse, et lui consacra un ouvrage paru après sa mort, en 1949, qui résume, outre son expérience du test, ses conceptions psychologiques originales.

Initié au test en 1945, Mabilie a consigné, dans un livre paru en 1950, ses conclusions qui diffèrent sensiblement, par l'esprit, de celles d'Arthus. En mai 1953, il a consacré à ce test un film avec la collaboration de J. Raine.

Récemment, H. Faure rapportait la très intéressante observation d'un délirant chronique qui, pendant plusieurs années,

avait construit dans le parc de l'hôpital un ensemble de monuments qui, analysés selon les perspectives d'investigation du test, fournissaient à la fois des explications valables sur le délire du sujet et une validation inattendue des principes du test lui-même.

Il convient également de mentionner les travaux que le Médecin Lieutenant-Colonel Péchoux poursuit depuis plusieurs années, bien qu'ils soient encore pour leur plus grande part non publiés. C'est grâce à lui que nous avons été amenés à connaître le test et à nous en servir. Le Médecin Lieutenant-Colonel Péchoux l'utilise dans le cadre d'examens psychologiques de sélection et en a acquis une très grande et très riche expérience. Les résultats qu'il en obtient montrent que ce test a sa place à côté des autres grandes épreuves de projection (test de Rorschach, T.A.T. de Murray, test d'association de Jung).

Signalons encore une communication du Docteur R. Péchoux au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française à Luxembourg en 1952 (« Résultats des tests de personnalité chez quelques jumeaux »), ainsi que la thèse de son élève Brémond sur : « Le test du village chez les jeunes Kabyles ».

Ce test semble bien s'être développé sans que les auteurs aient appris l'existence du « test du monde » de Lowenfeld, modifié par Charlotte Buhler, qui, à notre connaissance, n'a pas fait l'objet de publications en France.

Le test du village a été jusqu'ici utilisé à des fins diverses : exploration de la mentalité enfantine, orientation professionnelle ou technique projective chez l'adulte. Ses modalités d'emploi ont varié avec chaque expérimentateur et les buts qu'ils se proposaient. Arthus, clinicien sensible et intuitif, n'a pas ressenti le besoin de définir rigoureusement sa technique et ses méthodes d'interprétation, bien au contraire si l'on en juge par ces quelques extraits : « ...En se laissant impressionner (sans aucun effort de compréhension intellectuelle ou logique) par la seule présence du sujet agissant et parlant, on parvient à une sorte de "communication" directe, à une *sym-pathie* effective, en vertu de laquelle on finit par penser comme lui », et en conclusion : « Mais surtout que l'on ne confie pas le test... aux purs logiciens, aux analystes enragés, ou même à des esprits trop philosophiques... ou trop scientifiques. » On ne peut évidemment engager les expérimentateurs qui ne possèdent pas la pénétration psychologique d'Arthus à suivre la même voie. Mabil

a réagi contre cette tendance et, mettant en évidence l'influence importante de la technique d'application du test sur ses résultats, en a standardisé les règles d'emploi et cherché à en établir une systématisation objective. Soulignons que Mabille, qui se préoccupe avant tout de biotypologie, a été engagé à étudier les techniques projectives par l'espérance de pouvoir établir un jour des corrélations valables entre la forme humaine, les caractères physiologiques de l'individu et telle ou telle structure caractérielle.

Ce sont les applications possibles du test du village à l'exploration clinique psychiatrique qui nous ont amenés à son étude. Notre travail a porté jusqu'ici sur 55 sujets dont 24 atteints de troubles mentaux mineurs ou graves.

II. — MATÉRIEL

Nous ne décrirons pas les matériels employés par Arthus, Mabille ou Brémont, bien que les variantes constatées soient susceptibles d'influer fortement sur les résultats du test.

Les pièces de notre village ont été construites par la Section technique de l'Armée, Bureau des études humaines. Elles comprennent surtout des éléments figuratifs : sept commerces (5,5 cm. long., 2 cm. larg., 2,5 cm. haut) : boulangerie, boucherie, café, cycles, épicerie, pharmacie, postes. Le corps du bâtiment est peint, représente une boutique bien différenciée avec son enseigne. Le toit est rouge. Mabille, qui emploie beaucoup plus de pièces, insiste sur leur valeur symbolique générale qui détermine parfois l'utilisation qu'en fait le sujet. Par exemple : boucherie — sadisme primaire, meurtre des animaux, découpage de la viande, exposition de la chair, vue du sang !

A la suite de Mabille, nous avons confectionné d'autres pièces et avons ajouté à partir du sujet n° 40 : un hôtel (gîte anonyme, opposé au foyer, liberté relative, satisfactions érotiques) et une gendarmerie qui constitue parfois un bon révélateur du sadisme élaboré avec des sentiments de culpabilité.

— Vingt-deux maisons (2,5 cm. de long, 2 cm. de large et 2,5 cm. de haut). Dix-neuf peintes et fleuries, dont seize à toit rouge, trois à toit gris. Une maison portant des arcades peintes. Une à toit rouge dont le corps n'est pas peint. Une en bois entièrement blanc. Par la suite, nous avons séparé les toits de ces deux maisons du corps de bâtiment et ajouté deux corps de bois blanc, sans toit correspondant, afin de voir si le sujet est capable d'assembler, d'innover, etc...

— Cinq grands bâtiments ($7 \times 2 \times 2,5$) : deux blancs à toit rouge, deux rouges à toit noir, un blanc à toit noir portant des arcades peintes, utilisés comme ferme, usine, château, etc...

— Trois petits porches fleuris (interprétés comme porches, portiques, arcs de triomphe, puits, etc...), pouvant impliquer un élément féminin.

— Quatre bâtiments plus importants :

1° Une église constituée par : a) une tour du clocher, quadrangulaire, surmontée d'un toit pointu et porteuse d'une horloge ; b) une abside avec toit, sur une face de laquelle sont peints trois vitraux. L'ensemble est peint en gris et très reconnaissable. La séparation de l'église en deux éléments permet à certains de ne pas l'utiliser de façon conventionnelle. On voit, par exemple, certains sujets, opposés à ce qu'elle représente, accoler le clocher à la mairie, pourtant peinte d'une autre couleur, et en faire le beffroi de l'hôtel de ville. Le symbolisme de l'église nous a semblé, comme à Mabilley, particulièrement complexe.

2° Une mairie ($5 \times 3 \times 2,5$), symbole de la loi civile et de l'organisation sociale tyrannique ou tutélaire.

3° Une école, de mêmes dimensions, qui, chez nos sujets jeunes ou étudiants, a fréquemment évoqué le problème de leur formation, de leur enfance, ou même de leur avenir.

4° Une tour cylindrique coiffée d'un toit pointu, fleurie. Sa forme nettement phallique en fait un support excellent de l'attitude sexuelle chez l'homme et chez la femme. Elle a déclenché des comportements très révélateurs, sans que le sujet en ait la moindre conscience.

— Quarante-neuf arbres. Neuf grands arbres et dix petits arbres arrondis, vert clair, agréables. Trente sapins coniques, incisés, vert sombre, plus austères.

D'autres éléments sont non figuratifs :

— Vingt-sept baguettes biseautées (6,5 cm. de long, 1 cm. de large, 0,5 cm. d'épaisseur). Dix jaunes, dix-sept grises, utilisées comme murs, trottoirs, routes, voies ferrées, ruisseaux, etc...

— Une pyramide quadrangulaire ($2 \times 2 \times 3$), de couleur verte.

— Une pièce ressemblant à un pont à deux arches ($2,5 \times 2 \times 1$). Nous avons ajouté ces deux pièces qui n'évoquent rien de précis, Mabilley ayant constaté que sur elles se fixent avec pré-

dilection les manifestations inconscientes de l'angoisse. Ces pièces sont susceptibles d'utilisations originales révélatrices. Arthus fournit au sujet un château et une usine, Mabille une gare, en plus des pièces déjà citées. Nous avons préféré ne pas les imposer au sujet pour ne pas compliquer l'interprétation de ses réactions. Ceux, et ils sont nombreux, pour qui ces éléments sont importants ne manquent pas de les construire à l'aide du matériel indifférencié.

III. — CONDITIONS D'EXAMEN

Le sujet doit être détendu et mis en confiance, placé dans une salle claire, d'ambiance agréable ou neutre. Mabille insiste sur l'importance de la forme de la table. En particulier, les dimensions relatives des côtés du rectangle déterminent des zones inégalement plaisantes pour l'œil, et leurs variations possibles suivant les auteurs ne faciliteraient pas la comparaison des résultats. Mabille recommande donc l'usage d'une table carrée à surface dure, de couleur neutre. Nous n'avons malheureusement pu utiliser que des tables rectangulaires ; d'abord, de 0,60 m. sur 1,10 m., puis, très rapidement, de 0,84 m. sur 1,19 m.

Le matériel, enfermé dans une boîte, est vidé en tas *au centre* de la table par Arthus et Mabille. En effet, la place primitive du tas influence la construction. En ce qui nous concerne, nous faisons asseoir le sujet au centre d'un grand côté et plaçons devant lui la boîte ouverte sans la vider, préférant observer si le sujet vide la boîte en tas (ce qui n'est pas constant), où et à quel moment.

Nous disons au sujet : « Avec ce matériel, vous pouvez construire un village. Faites comme vous voulez. » A toutes ses questions touchant le temps, la signification des pièces, la nécessité d'utiliser la totalité des éléments, etc..., nous répondons : « Comme vous voulez. » Nous n'imposons pas l'utilisation de toutes les pièces, préférant chercher les raisons d'un refus parfois très révélateur plutôt que de voir interpréter une construction bâclée sans signification. Nous nous tenons de préférence latéralement par rapport au sujet pour que notre observation constante soit la moins gênante possible. Toutes les nuances de comportement, les différentes étapes de l'élaboration du village, leur durée, ainsi que la durée totale doivent être notées. Lorsque le sujet déclare avoir terminé, l'observateur doit se départir de son mutisme et, par un interrogatoire minutieux, chercher à obtenir un indispensable complément d'information sans révélé-

ler ce qui, dans le village, guide ses questions. Certains sujets, obscurément conscients d'avoir extériorisé des éléments profonds de leur personnalité, demandent à détruire leur village. Après le départ du sujet, nous relevons les coordonnées rectangulaires de chaque pièce que nous reportons sur un plan quadrillé à grande échelle. Nous conservons ainsi un plan très précis que nous joignons au protocole d'élaboration et aux résultats du questionnaire.

IV. — RÉSULTATS DU TEST CHEZ LE SUJET NORMAL

1) Cette technique explore d'abord un comportement psychomoteur durant un temps assez prolongé : de 11 à 66 minutes, avec une moyenne de 23 chez nos sujets normaux.

Notons d'abord l'attitude générale du sujet. Est-il confortablement installé, satisfait de lui ou simplement efficient, ou bien mal assis, contracté, etc... ? Comment utilise-t-il ses mains ? Quelle est son attitude vis-à-vis des pièces : intéressée, détachée, captatrice, etc... ? On notera le degré d'habileté, la rapidité des gestes, les inhibitions, le tremblement, la mimique, et les réflexions, hautement significatives, seront enregistrées avec précision.

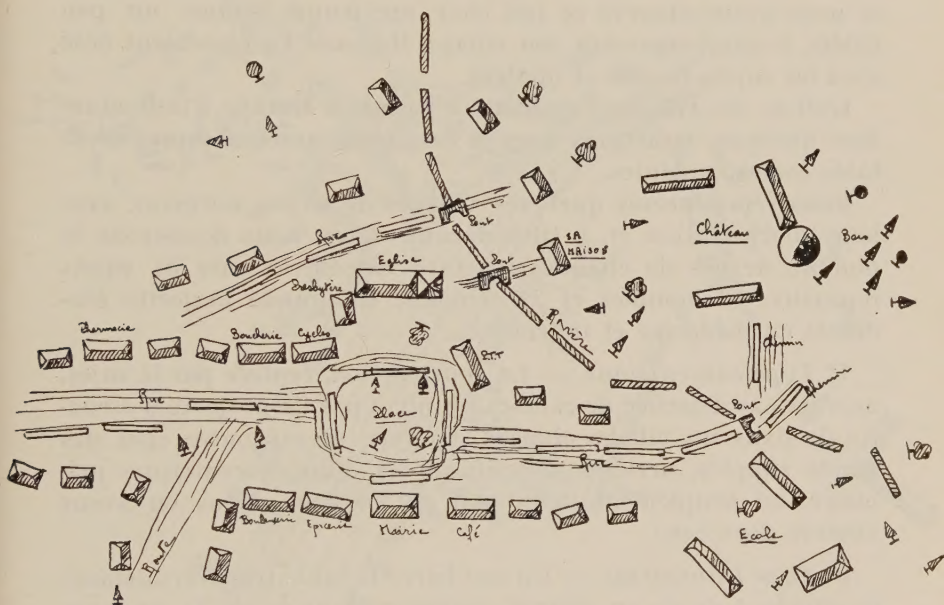
Comment le sujet s'attaque-t-il au problème ? Certains, doutant d'eux et sans initiative, se donnent du temps et piochent lentement de la main droite dans la boîte qu'ils ne voient pas ou tard. D'autres, actifs et agressifs, voient d'emblée la boîte, éparpillent le tas. D'autres encore reculent le tas pour mieux le dominer. Les sujets avides le serrent contre eux ou même le chargent partiellement sur leurs genoux. Après une période d'inhibition de durée variable, commence la construction. Immédiate et sans plan raisonné chez l'impulsif, elle est, en général, précédée d'une reconnaissance des pièces et d'un tri complet ou partiel, systématique, d'après la forme, la fonction, la couleur. Un sujet nous a même demandé du papier et un crayon pour faire un plan.

La pièce première posée et sa situation gardent souvent le rôle de centre principal d'intérêt. Rapidement, on se rend compte si le sujet suit un plan, quelques principes généraux, ou si, un peu au hasard, il ajoute et remanie. Quelques femmes et un homme décorateur ont élaboré leur village comme un tableau, équilibrant les masses et les couleurs. Le rythme de construction est également très variable : rapide, soutenu, emporté qui se

brise devant les difficultés, progressivement croissant, irrégulier, etc...

La synthèse de ces observations permet donc déjà au moins de découvrir quelle méthode naturelle le sujet emploie, en général, pour résoudre un problème.

2° L'examen de la morphologie du village. Le document stable que constitue le village construit demande à être interprété et Mabillet a jeté les bases d'une compréhension de ses « formes » au sens de la Gestalttheorie. Bien que ces données doivent être



encore soumises à vérification, leur valeur pratique ne fait pour nous aucun doute et, par le seul examen du village achevé, il est arrivé à n'importe lequel d'entre nous de donner des interprétations valables des tendances profondes de l'individu.

La valeur topographique des différentes parties de la table a été établie par Mabillet à partir d'hypothèses *a priori* et nous avons pu vérifier dans la majorité des cas l'exactitude de ses conclusions.

L'aire supérieure comporte une signification d'intellectualisation, de spiritualisation, et correspond à l'être projeté dans le monde, au Soi. L'aire inférieure est celle des contacts directs, élémentaires, du Moi. La partie droite, chez le droitier, corres-

pond aux tendances actives, aux contacts sociaux, à une volonté de réalisation dans l'avenir. La partie gauche évoque les éléments affectifs, la vie intérieure, la mémoire, le passé. Mabilille signale que cette notion est parfois infidèle et qu'il a constaté des inversions droite-gauche, inconstamment chez les gauchers, souvent chez les homosexuels.

Les variations de la notion de village suivant l'âge, l'expérience personnelle, la civilisation influent sur la structure du village, et ce fait a bien été mis en évidence par Brémont dans sa thèse sur le test du village chez les jeunes Kabyles. Parfois, et nous avons observé ce fait chez un jeune homme un peu débile, le sujet reproduit son village. Hugonot l'a également noté chez les sujets frustes et illettrés.

L'étude des villages construits a permis à Mabilille d'individualiser quelques structures fixes et certaines caractéristiques mentales correspondantes.

Nous reproduisons quelques villages de sujets normaux avec leur interprétation et, à titre documentaire, nous donnerons le nombre de cas de chaque structure rencontrés chez 31 sujets normaux, 10 hommes et 21 femmes, en grande majorité étudiants en médecine et infirmières.

1° *Type concentrique*. — La construction, centrée par le sujet, ne s'est pas détachée de celui-ci ; il n'y a pas de projection structurale dans un village objectif. Ce type se rencontre chez des sujets simples, arriérés affectifs, dotés d'un égocentrisme primaire, ou simplement manquant de maturité. Nous en avons observé deux cas.

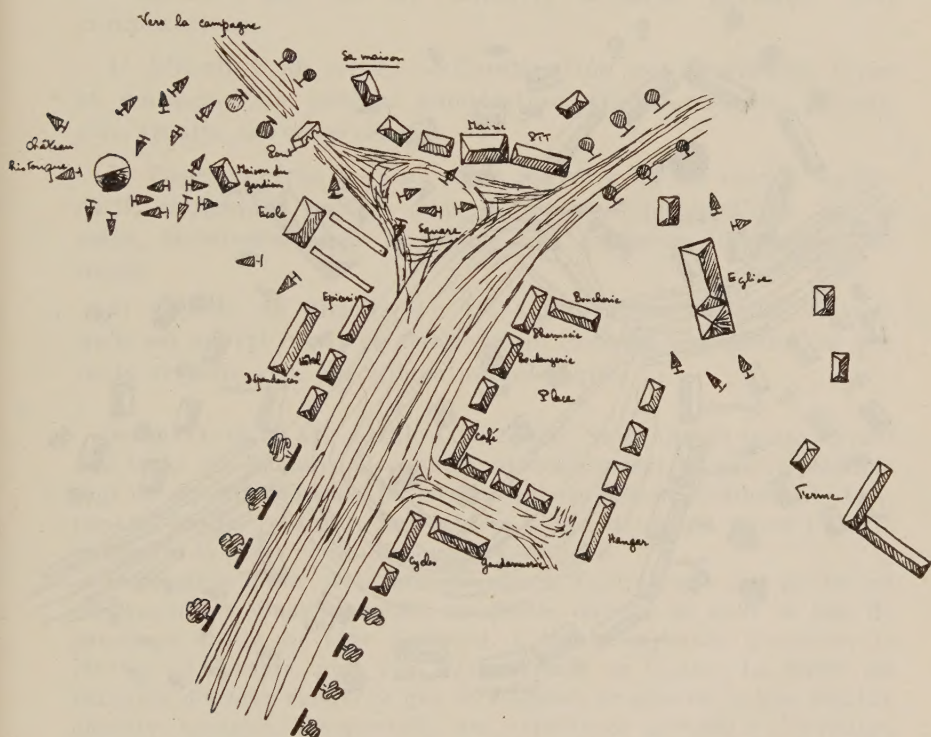
2° *Type transversal*. — Un axe barre la table transversalement de gauche à droite en général, indiquant dans ce cas la tendance réalisatrice fondamentale de l'individu.

Parmi les six cas rencontrés, exposons le cas résumé de Mlle A... :

OBSERVATION n° 38. — Extrait l'église et la tour, puis vide la boîte, étale, inspecte, commente. Situe l'église, le ruisseau, puis l'axe horizontal de la rue, la place, le château, retouchant ici et là, sans plan pré-établi. Durée 20 minutes.

Noter le contraste entre la partie gauche inférieure, de structure simple, transversale, comprenant les deux maisons indifférenciées et la pharmacie, et la partie supérieure droite complexe, contenant le château, sa maison, des arbres. Trois ponts relie ces deux parties. L'ensemble est inscrit dans un angle à sommet inférieur gauche, et donne une impression d'épanouissement progressif. Les voies de

communication sont matérialisées par les barrières. Il semble qu'il s'agisse d'une personnalité se déployant dans une activité pratique, assez souple et intuitive, bien adaptée aux contraintes sociales, chez laquelle l'élément religieux ou spirituel tient une place importante. A un passé probablement pénible succède un présent qui n'accorde pas de satisfactions suffisantes à une affectivité sans doute riche. Aspiration à une satisfaction sentimentale et sexuelle (mariage sans doute, car la tour est intégrée dans un ensemble), marquée par l'infléchissement de la route après le pont.



L'interrogatoire nous révèle une enfance attristée par la mort de la mère, puis du père, pharmacien, des difficultés matérielles, la nécessité de travailler pour élever ses frères. Catholique très sincère. Infirmière compétente et dévouée. Attirance actuelle indéniable pour le mariage.

3° *Type vertical*. — Une route y fait communiquer le haut et le bas de la table, manifestant un désir de communication et d'épanchement. Voici un des deux cas que nous avons rencontrés, Mlle B... :

La tour, lorsque la sexualité est refoulée, est souvent interprétée comme « tour » ou « vieille tour en ruines », « tour abandonnée », « château historique », « vieux château en ruines inhabité », etc... Elle est alors placée à gauche, parfois flanquée de la maison du gardien ou entourée d'un épais bois d'arbres pointus.

Personnalité d'affectivité et d'intelligence médiocres, rétractée sur ses conflits. L'axe large, simple et primitivement bien ouvert correspond à un fond de caractère sociable, pratique, sans complications.

4° *Structure en croix*. — Combinaison des précédents types et marquant en général pondération, traditionalisme, objectivité. Quatre cas observés.

5° *Types centrés*. — Une pièce majeure ou un espace significatif, coïncidant parfois avec le centre topographique de la table, établissent pour le village une existence d'emblée autonome.

a) Ovoïde ou circulaire : De signification variable suivant qu'il est ouvert (nous en donnons un exemple) ou fermé, ce que nous verrons avec un village pathologique.

OBSERVATION n° 43. — Mlle C..., 29 ans. Se donne du temps devant une tâche qui l'ennuie. Reconnait minutieusement les pièces. Elimine tout ce qui lui demande un effort d'interprétation, s'impatiente facilement, hésite, retouche. Les centres d'intérêt sont la ferme (où elle habite) et la place centrale. Durée 24 minutes.

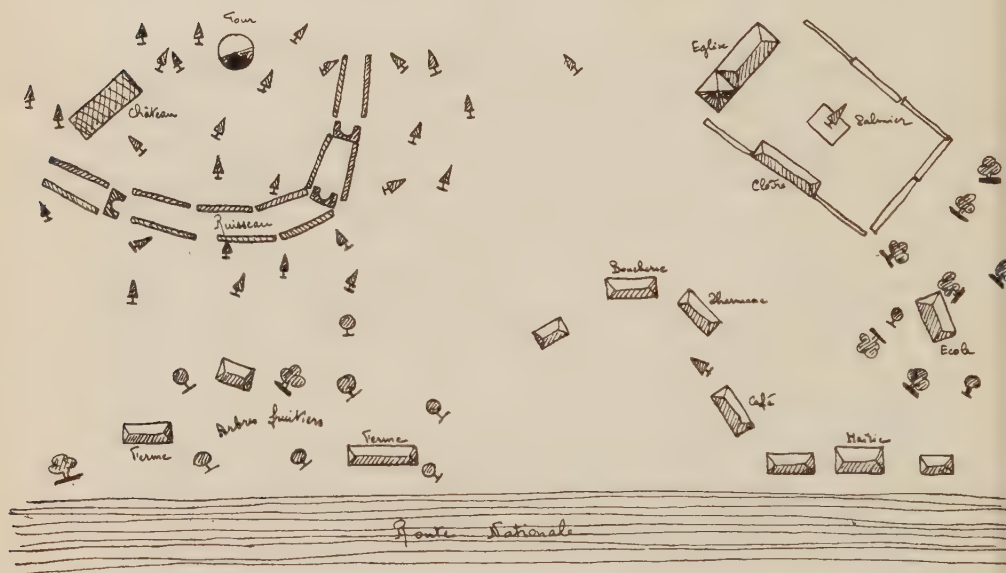
Association d'une structure circulaire d'extravertie (ce qu'elle est réellement) et d'une structure surajoutée oblique de haut en bas, de gauche à droite, de type dépressif. A beaucoup hésité à associer le clocher et l'abside, puis s'est désintéressée de l'église. La ferme est entourée d'arbres ronds, ce qui correspond, en général, à une tonalité affective agréable. Evoque-t-elle une expérience agréable ? L'évolution semble être péjorative.

Issue d'une famille riche, jeunesse comblée, insouciance, vacances dans une ferme, durant lesquelles elle connaîtra des satisfactions sexuelles et affectives, dont le souvenir lui permet de supporter un présent moins brillant. Des revers de fortune l'obligent tardivement à travailler, et elle ressent une impression de déchéance, ce qui l'éprouve beaucoup. A abandonné toute pratique religieuse.

b) En cul-de-sac : L'axe de communication est brusquement barré. Nos observations nous en ont montré un cas empêché dans son évolution par un conflit familial.

c) En étoile : L'intérêt se porte sur de multiples voies de communication rayonnant autour d'une place centrale. Cette structure correspondrait à un type d'extraverti aimant paraître et séduire.

6° *Type en amas*. — Le sujet a construit plusieurs îlots relativement peu liés entre eux, comportant fréquemment des enclos enserrant des édifices à valeur complexe. Ils évoquent une personnalité non homogène. Notre série en comporte quatre cas.



OBSERVATION n° 26. — Mlle D..., 22 ans. Se saisit d'abord de la tour, qu'elle contemple avec une mimique joyeuse, puis place l'église, revient à la tour, place les sapins, qui sont pour elle de « grands arbres », le ruisseau. Entasse trois grands bâtiments les uns sur les autres pour constituer un imposant château. Complète alors le groupe de l'église, puis de l'école, enfin disperse quelques maisons et arbres. Durée 13 minutes. Habite dans la tour avec des disques, des livres, etc., seule, près du château.

Village sans structure sociale, la route le laisse en dehors. Aucun intérêt pour la vie pratique et les rapports sociaux. Cultive un jardin secret, semble pour le moment avoir sublimé sa sexualité. Noter que trois ponts permettent de franchir le ruisseau. Nouvelle tendance à l'isolement marquée par le cloître. Une école, heureusement entourée, se projette sur l'avenir.

L'interrogatoire révèle une personnalité introvertie, sans désadap-

tation sociale cependant, aux comportements variables et déroutants, non conformiste. Ne s'intéresse guère qu'aux arts, à la littérature, la musique. Fortement fixée au père, en opposition à la mère, n'acceptant pas sa condition de femme. N'a pas eu d'expérience amoureuse ni sensuelle. Le cloître représente la paix et la contemplation. Il est centré par un palmier, qui symbolise la puissance. A passé de longues heures dans un tel cloître, à l'écart de sa famille. Projette de suivre les cours de l'Ecole du Louvre.

7° *Type dissocié*. — Le village comporte deux ou trois parties individualisées qui diffèrent par leurs pièces constitutantes et par leurs structures et traduisent des systèmes de comportement très différents suivant les circonstances, voire trahissent une double vie. Nous en avons eu deux cas.

8° *Type éparpillé*, sans aucune systématisation. — L'unique cas observé correspondait à un refus de s'intégrer affectivement à l'ordre social, chez une imaginative, curieuse et fantaisiste.

9° *Type mixte*. — Il existe enfin des types mixtes associant dans des modalités très variables les structures déjà étudiées. C'est le cas de six de nos observations.

OBSERVATION n° 25. — Mlle E..., 20 ans. A commencé par mettre en place le canal. N'a même pas touché la tour. On note des fautes grossières d'attention dans l'orientation des maisons. Durée 12 minutes. Elle explique qu'il s'agit d'un village côtier, un canal le traverse, qui se jette à la mer ; ce canal est prolongé par une route se rendant à la ville.

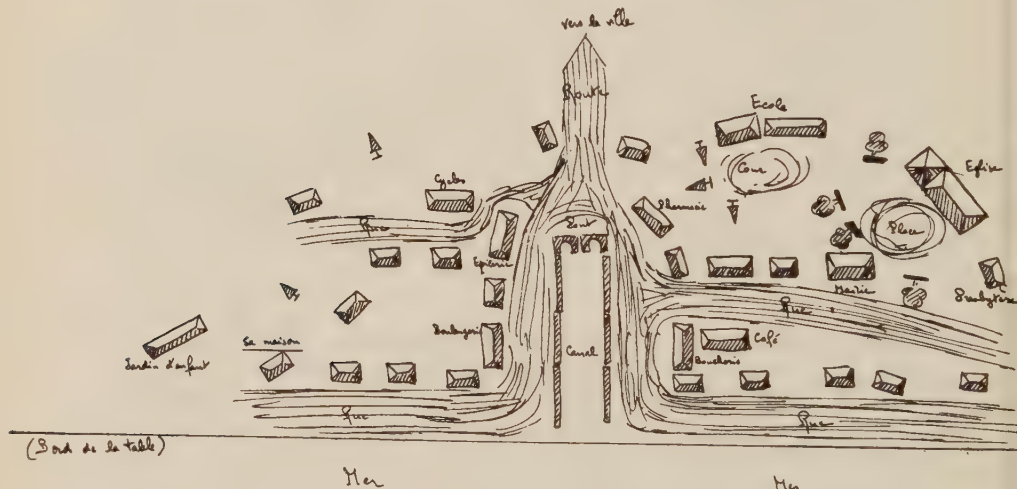
Les éléments essentiels sont évidemment la présence envahissante de la mer, qui détermine l'orientation du village, l'existence de ce canal interrompu, prolongé par une route virtuelle, l'absence de la tour, la mise à l'écart de l'église. On peut supposer l'existence d'un attachement prédominant à la mère, dont le sujet a tenté sans succès de s'affranchir, l'existence d'un problème sexuel indésirable, l'inefficacité des secours spirituels dans une situation assez constamment préoccupante pour perturber ses performances lors du test.

Mlle E... est très attachée à une mère captatrice, qui lui impose un mari dont elle ne veut pas, alors qu'elle en aime un autre, malheureusement tuberculeux, que la mère repousse violemment. A d'abord tenté de forcer la décision en s'enfuyant avec son amoureux. La mère a réagi en tombant malade, et la fille repentante est rentrée au logis. « Si je me marie avec lui, ma mère mourra. » S'est résignée à épouser le mari imposé et, pour se l'attacher, devient sans joie sa maîtresse. Mlle E..., qui doit se marier peu de temps après, est enceinte lors du test.

3) Interprétation. — Elle utilisera les données que nous avons signalées chemin faisant : comportement, symbolisme des pièces, structure élaborée. Il importe de préciser quelques détails importants.

Où habite le sujet ? Certains refusent d'habiter le village, d'autres désignent plus ou moins spontanément une maison ou le château, donnant ainsi de précieuses indications sur leur sur-moi.

Le village est-il bien ouvert et facilement accessible de l'extérieur ? Quelle est la disposition des voies de communication à



l'intérieur du village ? Quelle est leur largeur ? Y a-t-il des goulots d'étranglement et des bifurcations, et où sont-ils placés ? Quelle est la destination des voies ? Accède-t-on à l'ensemble du village ou y a-t-il une partie en dérivation ?

Quels sont les sens de circulation dans le village ? Nous demandons au sujet de nous le faire visiter et de le commenter.

Existe-t-il un ou des obstacles qui, parfois, sous des prétextes décoratifs, obstruent une route, protègent ou isolent une partie du village, voire interdisent l'accès de la maison du sujet. On rencontre ainsi des portiques, barrières, rideaux d'arbres, chicanes. Le pont semble une atténuation de la coupure réalisée par la rivière.

Par ailleurs, il faut rechercher les raisons de l'absence de certains édifices, la valeur personnelle attachée à certaines constructions, en particulier celles créées par le sujet : château,

couvent, monuments, gare, cimetière, rivière, pont, bois, montagne, etc...

Il nous est arrivé deux fois de constater que les divers stades de la construction du village correspondaient à des phases importantes de la formation du sujet, la chronologie avant-après correspondant, en outre, à l'orientation gauche-droite.

V. — RÉSULTATS CHEZ LE SUJET PATHOLOGIQUE

Il convient d'en parler prudemment, car notre expérience est bien restreinte. Ce test nous semble cependant riche de promesses.



Il se présente d'abord comme une épreuve à l'occasion de laquelle le sujet manifeste un comportement souvent riche au point de vue de la séméiologie psychiatrique classique. L'interrogatoire même prolongé peut être insuffisant et il est précieux, notamment chez les schizophrènes, de faire agir le malade, certains troubles ne s'extériorisant que dans ces conditions.

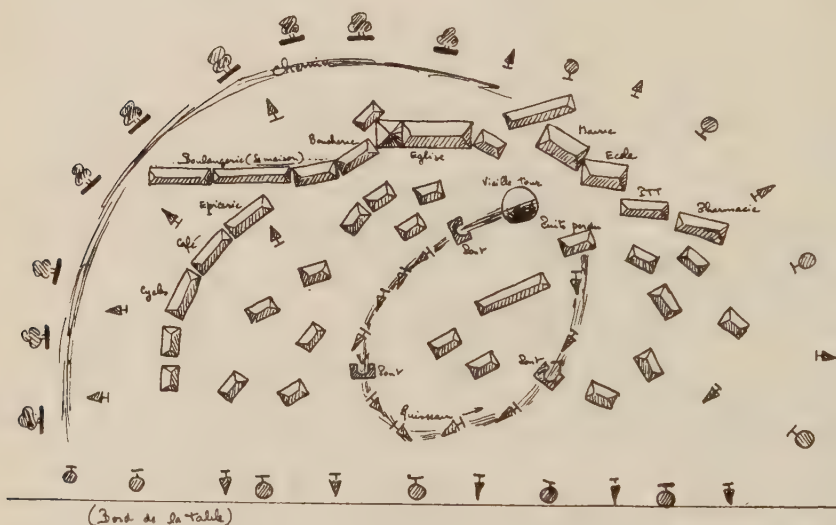
En tant que test projectif, il nous a semblé qu'il illustrait valablement ce que nous savions déjà de la psychopathologie des malades testés. Sans prétendre à lui faire jouer le rôle d'instrument de diagnostic, privilège de la clinique, il est possible qu'avec l'expérience on puisse dégager une typologie psychiatrique du village en rapport avec le grossissement caricatural de certains traits psychopathologiques.

Par ailleurs, les règles d'interprétation ne nous ont pas paru différentes de celles en usage chez les sujets normaux, et leur exploitation permet d'obtenir des renseignements précieux.

1° Résultats chez les schizophrènes et les schizoïdes. — Nous.

en avons examiné douze. L'étude de leur comportement s'est montrée particulièrement fructueuse. C'est ainsi qu'un sujet évolué, traité par une cure de Sakel, chez lequel un interrogatoire même prolongé ne permettait guère d'objectiver qu'une certaine bradypsychie, mit une heure à édifier un village rationnel et froid, symétrique et rigide, dans lequel il ne voulut pas habiter, et dont la construction fut assortie de commentaires révélant un rationalisme morbide.

Trois schizophrènes, dont celui déjà cité, caractérisés surtout par leur athymhormie, et un schizoïde, ont élaboré des villages



viables, mais rigides, faits de lignes droites, sans aucune fantaisie dans la disposition des arbres, avec un souci de symétrie souvent apparent. L'un de ces malades, en rémission complète, après un traitement par électrochocs, a construit un village très différent du premier et d'allure sensiblement normale. Un schizophrène, au début, a fait un village sans caractéristiques nettes. Cinq autres, dont deux délirants hallucinés, ont construit des villages différents de tous ceux rencontrés par l'étrangeté de leur structure.

OBSERVATION n° 11. — M. G..., étudiant. Schizophrénie au début. Accole immédiatement la tour à l'abside, et place rapidement les pièces sur des lignes circulaires concentriques. Durée 5 minutes. Voici

ment la forme et parfois symboliquement la cause de leurs troubles.

OBSERVATION n° 9. — M. F..., 20 ans. Etat anxieux, obsédant et phobique, avec interprétations délirantes. Agoraphobie. Place rapidement l'église et les maisons, mais s'attarde très longuement à la construction de l'école. Durée 15 minutes. Cette école disproportionnée, soigneusement close, doit être un sujet majeur de préoccupations pour ce malade. Elle absorbe toute son énergie, et le village, *sans tour*, est réduit à sa plus simple expression. Village pauvre, régulier et sec. Pas d'avenir.

Il s'agit, en effet, d'une longue histoire remontant à l'âge de 6 ans, lorsque le malade fut placé comme interne dans un collège religieux qu'il identifia aussitôt à une prison. Se développèrent bientôt des scrupules de conscience, angoisses, etc..., qui aboutirent à l'âge de 14 ans, par le biais d'une culpabilité masturbatoire, à une véritable croyance délirante dans la publicité de sa faute, supposée matérialisée par une photographie prise lors de l'acte honteux. L'idée que les groupes de gens dans les rues pouvaient se passer cette photographie l'avait conduit à l'agoraphobie pour laquelle il était hospitalisé.

OBSERVATION n° 31. — M. E..., 20 ans. Manifestations anxieuses et dépressives. Type de la construction intuitive, apparemment guidé par des soucis esthétiques : équilibre des masses, couleurs, etc. La place de chaque pièce est trouvée par tâtonnements, envisagée sans ses rapports avec les voisines, sous tous ses angles. Durée 16 minutes. Les commentaires du sujet nous révèlent que ce village, « plein de fleurs, de jardins, d'herbe », est en pente de droite à gauche, et dominé sur la gauche par une haute montagne, de laquelle descend une rivière. C'est tout près d'elle, le plus loin possible, de la montagne, qu'habite le sujet. Un « vieux et joli château inhabité » se trouve au pied de la montagne.

Les implications paternelles de la montagne, maternelles de la rivière et des fleurs, sont habituelles, mais non constantes. Dans ce cas, le test de Jung les vérifiait absolument. La disposition générale du village nous semblait traduire la lutte, sans succès, du sujet, pour échapper à un père dominateur, sa fixation maternelle, son impossibilité de concevoir une sexualité non disponible que comme un prétexte esthétique.

L'examen clinique montrait, en effet, et surabondamment, chez ce sujet, aux possibilités artistiques développées, une fixation maternelle exclusive, ayant amené de récentes ruptures de fiançailles, une opposition farouche au père et à toute autorité..., même et surtout militaire.

OBSERVATION n° 40. — Mlle F..., 20 ans. Infirmière. Troubles du caractère. Après un tri systématique, constitue, un peu au hasard, des rangées semi-circulaires. Hésite, puis rejette les éléments indifférenciés. Conserve les pièces étroitement serrées dans sa main gauche, tout contre elle, et les dispose de sa main droite. Comportement opposant, inquiet, soupirs excédés, figure renfrognée. De l'interrogatoire, retenons l'importance de la gendarmerie, flanquée de « locaux d'emprisonnement ».

Nous notons la structure semi-circulaire centrée sur le sujet, rigide, l'absence d'arbres ronds, le fait que l'église soit à l'écart, la présence



d'un « tunnel » à gauche, le barrage relatif de l'avenir, constitué par l'école (nous l'avons rencontré plusieurs fois chez des infirmières internes en instance d'examen).

Que nous apprend la clinique ? Cette jeune fille solitaire et hostile vit repliée sur elle-même. La discorde familiale lui a laissé de son enfance un souvenir amer. Elle n'a jamais connu la joie ni la détente. A 7 ans, pensionnaire dans une institution religieuse, elle n'aura bientôt pour les formes religieuses traditionnelles qu'hostilité rancunière. La mort tragique d'un de ses frères ayant jadis coïncidé avec sa mise en pension, une maladie grave de l'autre se produisant lors de son entrée à l'internat d'une école d'infirmières, fut une raison supplémentaire d'identifier l'internat à l'école-prison de son enfance, ce qui aggrava son introversion.

CONCLUSIONS

Tels sont les résultats que nous avons obtenus au cours d'une année d'expérimentation et nous pensons, au terme de ce travail, que le test du village est susceptible d'applications intéressantes, non seulement en psychologie, en pédiatrie, en orientation professionnelle, mais aussi en clinique psychiatrique, et tout particulièrement dans le domaine des névroses.

Le test du village est avant tout un excellent test de conflits : l'extériorisation des tendances complexes du sujet normal ou pathologique y est particulièrement aisée et riche. Il est également un bon test caractériel, dans la mesure où des problèmes actuels et des conflits non encore résolus ne viennent pas, par l'importance de leur extériorisation, masquer partiellement les traits permanents de la personnalité.

En conclusion, nous espérons avoir attiré l'attention sur cette épreuve projective, afin que d'autres travaux viennent contribuer à mettre au point, préciser et développer un test qui nous paraît riche de promesses.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTHUS (H.). — Une psychologie virtualiste. Le village. Test d'activité créatrice. 1 vol. Hartmann, Paris, 1949.
- BRÉMOND (J.). — Le test du village chez de jeunes Kabyles. *Thèse, Alger*, 1953.
- FAURE (H.). — Une imagerie de rêve interprétée selon les normes du test du village. *L'Evolution psychiatrique*, 1954, n° 2, p. 265-272.
- HUGONOT (R.). — Le médecin psychiatre dans la sélection du contingent (Le contrôle psychique dans l'armée). *Thèse, Lyon*, 1947.
- MABILLE (P.). — La technique du test du village. 1 vol. *Revue de Morpho-physiologie humaine*, Paris, 1950.
- MABILLE (P.), RAINE (J.). — Le test du village. Film. Les films du matin, Paris, in *Presse Médicale*, 1953, n° 37, p. 785.
- PÉCHOUX (R.). — Résultats des tests de personnalité chez quelques jumeaux. Congrès des Aliénistes et Neurologues français et pays de langue française, 1952, *Comptes rendus*, Masson, Paris.
-

LE FACIES DISCOÏDE
(faciès lunaire de May et Mozziconacci)
ET LES CORRELATIONS NEURO-PSYCHIQUES
DU STATUS RHIZOMEGALO-DISCOÏDE

PAR

L. GAYRAL (Toulouse)

Toute l'histoire de l'étude médicale du visage indique que l'on a cherché à deviner, à travers et par les accidents du corps, les passions de l'homme, comme si l'enveloppe plastique reflétait par ses formes sensibles le secret ou l'ineffable des esprits. Et certes, par la complication de ses reliefs et de ses mouvements et par la perfection de sa forme, le visage peut bien être tenu pour la plus significative et symbolique portion du modelé charnel. Pour les uns, la physiognomonie était une science naturelle, quasi-expérimentale, tels Polémon, ou plus tard l'Ecole arabe du Moyen-Age. Pour les autres, elle appartenait au groupe des sciences divinatoires, selon l'opinion d'Averroès. Mais aucun ne se défendait contre les tentations de comparer le visage, plus ou moins lointainement et par des intuitions et des recours magiques, aux éléments du cosmos, que ce soit aux principes fondamentaux de l'air, de la terre, de l'eau et du feu, ou encore plus souvent à ces régulateurs du temps et du climat, de la vie et de ses poussées que semblent être les astres.

Sans nul doute, l'astre des nuits est celui qui a le plus inspiré les conceptions de ces pionniers de la biotypologie que furent les physiognomonistes, dont les essais, dans leur définition des « lunatiques », étaient plus imprégnés de la tradition des astrologues que des efforts à l'accès scientifique de la caractérologie moderne.

Corman distinguait un type morphologique, le « type lune », sans relief, rétrognathe, sans arcade sourcilière, au grand front, plutôt flasque et infiltré. Plus récemment, Curry, à la suite de recherches biotypologiques assez spéciales, en rapport avec la météorologie et les réactions individuelles, physiques et psychiques, reconnaît à son type humain W. des caractères particuliers du visage, aux traits doux, au nez large et court, front bas, établissant un nouveau type de relation entre la morphologie de la face, le tempérament physique et les tendances mentales.

Mais, à y regarder de près, la relation entre ces visages et la « pleine lune », comme l'ont bien fait remarquer May et Mozziconacci, est plutôt forcée. Le visage « lunaire » de Corman est vertical, allongé, sans saillie et sans rudesse, sans modelé qui accroche, et sa ressemblance « lunaire » est plus globalement métaphorique qu'objectivement définie par des diamètres mesurés et des vecteurs.

Récemment, MM. May et Mozziconacci ont appliqué à l'étude du visage des critères rigoureux, exempts de correspondance caractérologique *a priori* et choisis pour éliminer du cadre du faciès lunaire les infiltrats graisseux ou œdémateux, accidentels et secondaires, excluant tout développement hasardeux sur les relations psycho-morphologiques.

L'intérêt de ce genre d'étude est de placer la physiognomie sur le plan réel et efficace de la biotypologie génétique. La forme de l'homme n'est pas immuable, définitivement acquise et coulée dans le bronze fœtal. La forme de base varie avec les développements et les incidences biologiques et notamment endocriniennes du cours de la vie.

Le terme de *faciès lunaire* peut prêter à confusion. Depuis longtemps, le nom de faciès lunaire est réservé, à la suite des descriptions de Gull (moon-like face), aux cas de myxœdème, dont l'infiltration communique souvent au visage la rondeur, le modelé pâteux et aussi un manque d'expression et une couleur blafarde bien évocateurs. Ainsi entendu, le terme de faciès lunaire est consacré. De leur côté, MM. May et Mozziconacci ont décrit une nouvelle sorte de « faciès lunaire », en se basant sur des mensurations, loin parfois de tout rappel, tout au moins immédiat, de la morphologie lunaire. L'ancienneté et l'usage sont en faveur du faciès lunaire des myxœdémateux. Nous proposerons, pour le faciès décrit par MM. May et Mozziconacci, la dénomination de faciès discoïde, en introduisant ainsi la caractéristique essentielle de ce second faciès lunaire, la lenteur avec

laquelle se fait l'amincissement de la face, en plateau, avec largeur spéciale qui conduit à l'idée de rondeur. C'est un *faciès plat et rond*.

Pour pouvoir parler de faciès discoïde, il faut que certaines conditions morphologiques mesurables, consécutives au développement du massif osseux facial, soient réalisées.

Largeur particulière de la face, qui se traduit par l'augmentation du diamètre bi-zygomatique et l'abaissement du rapport diamètre vertical (fronto-mentonnier ou FM)/diamètre bi-zygomatique (BZ). Chez le sujet normal, le rapport $\frac{FM}{BZ}$ est toujours supérieur à 1,30. Chez les lunaires, le rapport $\frac{FM}{BZ}$ est compris entre 1,20 et 1,30.

Dans le sens horizontal, l'élargissement de la face se traduit par l'importance du diamètre bimalaire (BM) et par celle de la ligne théorique qui unit les angles de la mâchoire (diamètre bigonial ou BG) et cette largeur anormale de la face par la relation $\frac{FM}{BZ}$ étudiée plus haut, complétée par l'appréciation de la relation $\frac{FM}{BG}$ qui est autour de 1,4 (entre 1,49 et 1,37 dans nos cas), tandis qu'à l'état normal ce rapport est compris entre 1,98 et 1,60.

Réduction de l'amincissement de la face. Les mesures précédentes appréciaient des rapports entre diamètres verticaux et diamètres horizontaux pour indiquer que le faciès lunaire est un faciès en « largeur ». La comparaison des diamètres horizontaux montre que le faciès lunaire est aussi un *faciès plat*. Dans les cas habituels, les divers diamètres horizontaux, bitygomatique (BZ), bimalaire (BM) et bimaxillaire ou bigonial (BG), vont en diminuant assez vite. Chez les discoïdes, au contraire, le faciès est plat. Cette diminution est plus lente et les rapports des diamètres intéressants sont réduits.

Le rapport bitygomatique/bimalaire est à l'état normal supérieur à 1,10. Il est, chez les discoïdes, inférieur à ce chiffre.

Le rapport bitygomatique/bigonial est, chez les sujets normaux, supérieur à 1,30. Chez les discoïdes, il est toujours plus faible que 1,30.

Et la formule du faciès discoïde s'établit ainsi :

$\frac{\text{diamètre vertical}}{\text{diamètre bizygomatique}} = \frac{\text{FM}}{\text{BZ}} \leq 1,30$	normal > 1,30
$\frac{\text{diamètre vertical}}{\text{diamètre bigonial}} = \frac{\text{FM}}{\text{BG}} < 1,55$	normal > 1,60
$\frac{\text{diamètre bizygomatique}}{\text{diamètre bigonial}} = \frac{\text{BZ}}{\text{BG}} < 1,20$	normal > 1,30
$\frac{\text{diamètre bimalaire}}{\text{diamètre bizygomatique}} = \frac{\text{BZ}}{\text{BM}} < 1,10$	normal > 1,12

Pour pouvoir parler légitimement de faciès discoïde, il faut que les deux conditions, élargissement transversal et aplatissement général soient réunies et l'abaissement simultané des quatre rapports remarquables :

$$\frac{\text{FM}}{\text{BZ}} \quad \frac{\text{FM}}{\text{BG}} \quad \frac{\text{BZ}}{\text{BM}} \quad \frac{\text{BZ}}{\text{BG}}$$

est indispensable pour qu'on puisse reconnaître le véritable faciès rond-plat authentiquement discoïde.

Il est important de noter qu'il ne faut pas se fier à l'aspect, à l'impression, pour parler de faciès discoïde. Un très grand nombre de visages semblent être pleins, plats, arrondis, dont les mensurations montrent qu'il s'agit d'illusion, fondée sur un canon d'appréciation plus routinier ou de réputation que réellement objectif. Dans ce cadre, il y a les faciès adipeux ou infiltrés, œdémateux, myxœdémateux, adipo-génitaux du type Babinski-Frœlich, dont les rapports remarquables sont un peu plus élevés que chez le normal courant, mais ces quatre rapports restent loin des chiffres authentiquement discoïdes. Il y a enfin des faciès que nous appelons juxta-discoïdes, dont les diamètres et les rapports remarquables sont voisins des chiffres minimums discoïdes authentiques admis comme critère sans appel du faciès lunaire par May et Mozziconacci et par Gayral et collaborateurs,

qui y ont ajouté le rapport $\frac{\text{FM}}{\text{BG}}$. Ces faciès juxta-discoïdes approchent à 12 % près environ les chiffres minimums admis lunaires. Ils sont très intéressants à étudier, comme on le fera plus loin.

A l'opposé, il y a des faciès apparemment non discoïdes et qui cependant se révèlent tels aux mensurations, ce que viennent confirmer l'observation clinique et le contexte humoral qui sont du même ordre que ceux des discoïdes.

A ces conditions, le faciès discoïde est bien plus rare qu'on ne penserait.

Dans notre pratique, nous avons rencontré seulement 15 cas de faciès discoïde authentique, attestés par les mensurations rigoureuses des diamètres remarquables du visage, sur 252 personnes examinées en raison de l'impression de rondeur de la face, soit donc une proportion de 5,1 % de faciès lunaire parmi les personnes porteuses d'un visage très évocateur, *a priori*, de l'aspect « lunaire ». Nous avons trouvé deux cas de faciès discoïde sur une population de 482 consultants de médecine générale ou de neurologie et pas un seul cas sur 178 personnes d'une population prise dans la vie courante.

Sur 15 cas de faciès discoïde, un seul concerne un homme, et encore s'agit-il d'un sujet issu d'une famille de discoïdes, la mère portant l'un des plus typiques faciès discoïdes de nos observations. Cette rareté du faciès discoïde chez l'homme est déjà connue et la proportion de 1 cas pour 15-20 cas chez la femme est habituelle. On peut ajouter aussi que deux cas de faciès discoïde familial ont été décelés en dehors de toute consultation médicale. Mais, tout de même, il semble probable que le faciès discoïde est plus fréquent chez ceux qui consultent pour des troubles neuro-psycho-endocriniens que chez les autres.

Nous ne pouvons que résumer ici les aspects morbides généraux et les corrélations endocriniennes de ces cas, ainsi que leurs relations hérédo-familiales.

Le faciès discoïde est un élément dans un ensemble morphologique qui comprend le faciès discoïde rond, large et plat, souvent l'hypertrophie mammaire précoce, le développement en largeur du tronc, spécialement sensible au niveau des ceintures scapulaire et pelvienne et la grosseur des segments proximaux des membres, cuisses et bras, avec développement normal, voire gracile, des extrémités, mains et pieds, pour constituer le status morphologique général *rhizoméganique*, qui s'oppose au faciès allongé et pointu, aux longs membres et aux extrémités volumineuses du status *acroméganique*. Le status *rhizoméganique* est en large, tandis que le status *acroméganique* est vertical.

Outre la grande prédominance du sexe féminin (plus de 15 pour 1), la caractéristique hormonale correspondant à la morphologie *rhizomégalo-discoïde* est une tendance à l'hyperfonctionnement surrénal-ovarien et à l'hyperstimulie hypophysaire afférente dont la traduction clinique habituelle est l'hyperpilosité, l'aspect viriloïde jusqu'au syndrome d'hyperandrogénie de Sendrail, l'hypertension artérielle, la pléthore, la prématuration pubertaire, l'érythroïdisme et enfin le phénomène du syndrome dyshormonal menstruel.

Au maximum de son expression, cet état, surtout sensible après la ménopause, aboutit à un syndrome cushingoïde. Les morphogrammes à tous les âges de la vie extériorisent quantitativement ces déviations morphologiques. De même, les dosages hormonaux semblent plaider en faveur d'un trouble hyperfonctionnel hypophyso-cortico-surrénal et ovarien. Il faut souligner encore la grande importance chez les discoïdes des poussées avec accentuation du status au cours des épisodes de la vie génitale : faciès discoïde prépubertaire de l'adolescence, hypertrophie mammaire et rhizomégaly post-partum, obésité rhizomégaly et virilisme surrénal ménopausiques. Cette évolution indique le genre particulier de dysfonctionnement et l'importance de l'association terrain constitutionnel + réceptivité tissulaire et parenchymateuse + état dyshormonal spécifique, association indispensable pour que soit réalisé l'habitus discoïde rhizomégaly authentique.

Cet ensemble morphologique, endocrinien et métabolique paraît constituer une prédisposition à certains processus pathologiques somatiques, hypertension artérielle tardive, obésité post-ménopausique, labilité neuro-vasculaire, hypokinésie digestive, ptose viscérale, hypotonie musculaire.

L'étude génétique indique l'existence d'un facteur hérédofamilial à type dominant dans la genèse du status rhizomégalo-discoïde.

Mais il y a aussi, chez les porteurs du status rhizomégalo-discoïde des tendances neuro-psychiques assez particulières que nous rapportons ici. Sur un total de 15 observations de faciès discoïde, quelques-unes sont suivies du point de vue psychique depuis plus de 10 ans et, dans le cas d'une souche familiale de faciès discoïde, nous avons pu connaître de près *quatre* générations. Sur ces 15 observations, nous avons relevé 6 cas de perturbations psychopathiques très notables.

Certes, on peut être frappé par le nombre relativement important de cas mentaux pathologiques dans notre lot de faciès discoïdes, 6 sur 15, soit 40 %, dont certains graves. Quelques considérations sont nécessaires pour apprécier ces chiffres. Tout d'abord on doit remarquer que nos recherches systématiques de cas de faciès discoïdes ont porté en partie sur une population de consultants ou d'hospitalisés d'une clinique de neurologie et psychiatrie, ce qui confère à cette population un choix à la base. Il ne faut pas considérer le nombre brut des psychopathes chez nos sujets, mais leur mode de recrutement. Si on

étudie les populations qui nous ont servi au dépistage des faciès lunaires, on trouve deux lots.

Un premier lot de 93 personnes prises parmi les consultants ou hospitalisés pour affection neuro-psychiatrique et ayant un faciès arrondi évocateur : quatre porteurs de faciès discoïde avec, bien entendu, quatre cas psychopathologiques. La proportion de faciès discoïde chez les psychopathes, dont le faciès a une apparence arrondie, est de 4,3 %. Mais, si on fait porter les mensurations sur un groupe de 388 psycho-névropathes pris au hasard et sans tenir compte de l'impression donnée *a priori* par la forme du visage, on trouve toujours quatre cas : la proportion tombe alors à 1,03 %.

Dans le deuxième lot, population de gens pris au hasard, la proportion des faciès discoïdes vrais est de 0,42 %. Il y aurait donc, dans le faciès discoïde, une prédisposition à l'état névropsychopathique. Mais, avant d'adopter cette conclusion, il convient de remarquer rigoureusement que si l'on connaît bien les observations des personnes qui figurent dans le lot n° 1, des malades de clinique neuro-psychiatrique, on connaît moins bien les cas des personnes prises au hasard.

Une autre remarque, d'ordre qualitatif cette fois, est que sur nos six cas d'affection neuro-psychiatrique, deux au moins, l'oligophrène de l'observation n° I, et l'anorexie de l'observation n° VI, sont indépendants des éléments congénitaux et somatiques acquis du status rhizomégalyque discoïde.

Il reste donc, au terme de l'étude « statistique » des relations entre les affections mentales et la morphologie discoïdo-rhizomégalyque, que l'existence du faciès lunaire est un faible indice de prédisposition à ces affections, mais qu'on ne peut totalement affirmer que les personnes porteuses de cette morphologie ne possèdent pas une certaine fragilisation de ce côté-là.

OBSERVATION I. — Débilité mentale (âge mental 9 ans) ; conduite dysharmonique, fugues, colères, tentatives de suicide au chantage. Plastique et suggestible. Ces troubles du caractère sont liés à une débilité mentale certaine.

Jeune fille de 19 ans, taille 1 m. 56, poids 66 kg. Consulte pour troubles du caractère et une tentative de suicide. La rondeur du faciès est frappante, ainsi que l'air béat, la bouche entrouverte sous un nez court trop modelé, et le petit développement de la mâchoire inférieure.

BZ : 14,5 ; BM : 13,7 ; FM : 18,2 ; EG : 12,6.

$$\frac{FM}{BZ} = \frac{18,2}{14,5} = 1,25 ; \quad \frac{BZ}{BG} = \frac{14,5}{12,6} = 1,15 ; \quad \frac{BZ}{BM} = \frac{14,5}{13,7} = 1,07 ;$$

$$\frac{FM}{BG} = \frac{18,2}{12,6} = 1,44.$$

L'obésité est très électivement rhizomélisque : bras en gigots, grosses cuisses, développement considérable des hanches, gros seins ; extrémités graciles, thorax étroit. Et encore cette jeune fille est-elle vue après une cure d'amaigrissement par le dinitrophénol !... Irrégulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans, douleurs prémenstruelles. Oligoménorrhée. Pilosité de la face et des membres très forte, avec poils pubiens abondants, et remontant vers l'ombilic. Muscles mous, téguments flasques. Teint clair, avec éphélides. Pas de tendance aux variations vasomotrices. Niveau intellectuel faible (9 ans aux tests). Fugues, vols, colères, une tentative de suicide « au chantage » par gardénal, fabulation mythomaniacale. Suggestible, dysharmonique, résonance intime du type ambiéqual au test de Rorschach.

MB entre + 2 et — 4 % ; radiographie de la selle turcique normale.

Métabolisme de l'I 131 : fixation un peu supérieure à la normale ; 51 % après 24 heures, 54 % après 48 heures.

Stéroïdes urinaires (11 jours après les règles) : 17-cétostéroïdes neutres, 13,1 mg. par 24 heures ; phénolstéroïdes (œstrogènes), 310 γ.

OBSERVATION III (1). — *Etat dépressif simple au cours de la ménopause, pratiquement guéri par sédatifs H 365 (oxypropriophénone) et thérapeutiques métabolisantes.*

Femme de 52 ans. Ménopausée depuis quatre ans. Consulte pour obésité, bouffées de chaleur, mélancolie. Poids : 73 kg. Taille : 1 m. 59. Faciès discoïde très évocateur. Tension artérielle humérale : 21-11 ; tension artérielle rétinienne : 70 ; couperose, obésité rhizomélisque très importante. Très gros seins. Signe du lacet positif. MB = + 7 %. Elimination des 17-cétostéroïdes neutres : 9,7 mg./24 heures.

BZ : 14,4 ; BG : 11,9 ; BM : 13,4 ; FM : 18,0.

$$\frac{FM}{BZ} = 1,26 ; \quad \frac{BZ}{BG} = 1,21 ; \quad \frac{BZ}{BM} = 1,07 ; \quad \frac{FM}{BG} = 1,50 ;$$

OBSERVATION V. — *Cyclothymique : accès de manie aiguë typique. A 38 ans, troisième accès, le plus violent, ayant nécessité l'internement. Entre les accès, très syntone, active, équilibrée, sauf pendant quelques périodes de découragement et de ralentissement psychomoteur, courtes et légères, mais suffisantes pour pouvoir affirmer l'existence de la cyclothymie* (Clinique neurologique de la Faculté de Toulouse, obs. F-2.110).

(1) Nous conservons, pour le numérotage des observations, la nomenclature du groupe général de nos cas.

Femme de 38 ans en 1954, vue à la suite d'un accès de manie aiguë franche primitive, et pour troubles menstruels ; oligoménorrhée douloureuse. Le poids est de 85 kg., après une augmentation de 15 kg. dans le cours des trois années précédentes, et peu après une grossesse. Faciès lunaire, surtout caractérisé par le développement en largeur.

FM : 17,2 ; BZ : 13,6 ; BM : 12,6 ; BG : 11,2.

$$\frac{FM}{BZ} = \frac{17,2}{13,6} = 1,27 ; \quad \frac{FM}{BG} = \frac{17,2}{11,2} = 1,53 ; \quad \frac{BZ}{BG} = \frac{13,6}{11,2} = 1,21 ;$$

$$\frac{BZ}{BM} = \frac{13,6}{12,6} = 1,08.$$

Taille : 1 m. 65. Obésité importante, très nettement rhizomégaly. Il ne s'agit pas de l'obésité « en culotte », comme dans de nombreux cas d'obésité *post-partum*, mais bien ici d'une augmentation caractérisée du volume des ceintures scapulaires et pelviennes, donnant à Mme M... une apparence androïde. Bon tonus musculaire. Syndrome prémenstruel caractéristique, avec mastodynie, prise de poids, algies pelviennes, oligoménorrhée douloureuse et membraneuse, céphalées, insomnie.

17-cétostéroïdes : 11 mg./24 heures. Phénolstéroïdes œstrogènes : 25 en période progestative. G.B.S. : 13,20 mg. au même moment, donc bien augmentés. 11-oxystéroïdes : 0,6 mg. par 24 heures, méthode de Talbot, nette augmentation. Prêgnandiol : 13 mg. (phase folliculo-lutéale). F.S.H. : + 90 u. T.M. Phénolstéroïdes : 80 γ.

Développement moyen de la pilosité, abondante sur les membres inférieurs, mais respectant absolument la face et la partie suspubienne de l'abdomen.

Glycémie : 1 g. 20. Pas de glycosurie, oligurie habituelle.

Développement mammaire moyen. Sexualité normale. Tension artérielle : 15-7. Fond d'œil normal, radios du crâne et selle turcique normales, et notamment absence de toute modification de la trame osseuse.

Il existe une certaine dissociation entre le corps, surtout au niveau de la ceinture scapulaire et la face. La ceinture est de type androïde, aux reliefs larges et musclés. La face, ronde, reste très féminine, mobile et vive. Et, certes, si d'emblée on a la notion d'un visage court et tendant à l'arrondi, il faut le verdict des mensurations pour le faire compter parmi les faciès lunaires.

OBSERVATION VIII. — *Cyclothymie grave. Deux épisodes de grande mélancolie, et, au cours du dernier, tentatives de suicide par submersion, puis pendaison. Tableau de mélancolie grave typique : inhibition psychique, ralentissement métabolique. Guérison par séances d'électro-sommeil. Entre temps, normale, avec des périodes de dépression simple. Appoint d'intoxication éthylique. Sans doute, la toxico-*

manie éthylique est ici secondaire au tempérament déprimé, et réactionnelle, épisodiquement, à des ennuis familiaux réels.

Femme de 50 ans (1956), entrée pour mélancolie aiguë, idées de ruine, crises d'anxiété, une tentative de fugue en famille pour suicide. C'est le troisième accès, le précédent en 1952, et le premier vers la quarantaine, chaque fois à la suite d'un choc émotif : deuil, revers, etc. Les crises de mélancolie se présentent donc comme réactionnelles, mais sur un fond de tempérament triste et déprimé. Appoint d'éthy-



FIG. 1 (obs. VIII). — Faciès discoïde typique. Mélancolie réactionnelle sur fonds mental très prédisposé.

lisme récent, certain, mais difficilement reconnu, et sans doute secondaire, réactionnel, aux tendances dépressives. Traitement par cure de Cerletti. Faciès lunaire typique.

FM : 168 ; BZ : 147 ; BG : 116 ; BM : 135.

$$\frac{FM}{BZ} = \frac{168}{147} = 1,14 ; \quad \frac{FM}{BG} = \frac{168}{116} = 1,44 ; \quad \frac{BZ}{BG} = \frac{147}{116} = 1,26 ;$$

$$\frac{BZ}{BM} = \frac{147}{135} = 1,08.$$

Malade encore réglée, pas de syndrome prémenstruel. Aspect un peu viril, pilosité importante, même faciale. Couperose. Taille : 1 m. 49 ; poids : 60 kilos. Seins peu volumineux. Répartition rhizo-

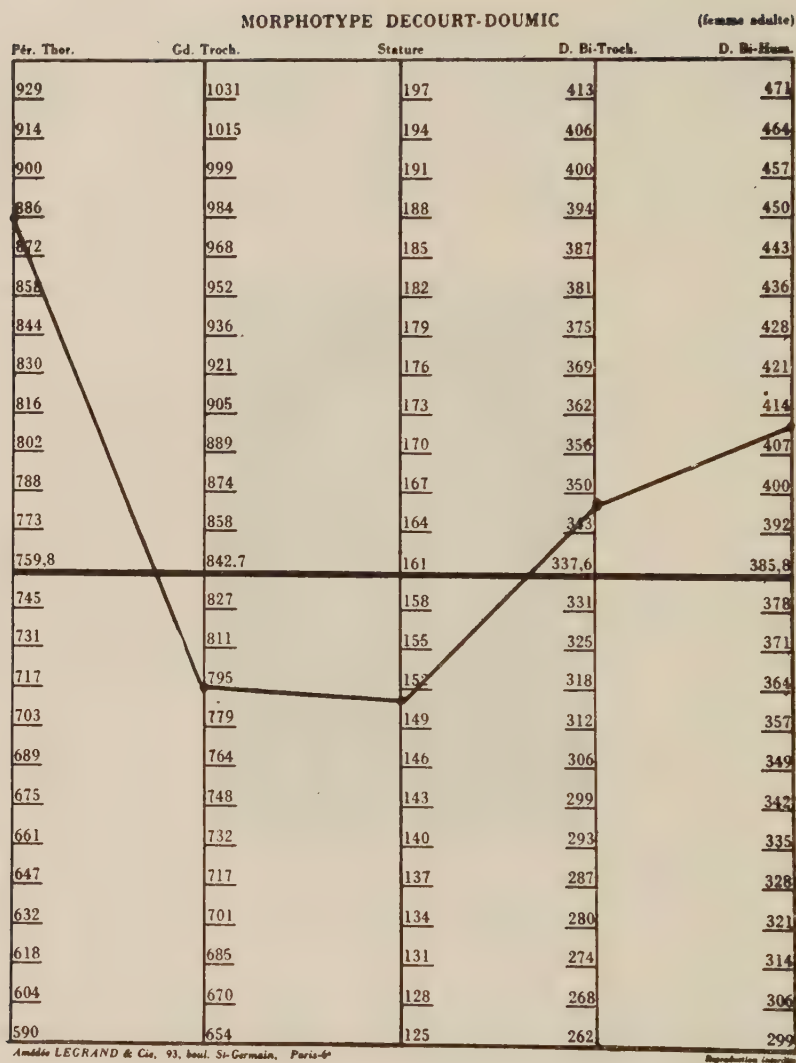


Fig. 2 (obs. VIII). — Morphogramme. Femme de 50 ans. Profil androïque, surcharge d'obésité à maximum thoraco-scapulaire caractéristique.

mélique. Varicosités, pétéchies faciles. Aurait maigri de 4 à 5 kilos. Enervement, tension anxieuse.

Tension artérielle: 14-9. Glycémie: 0,88 %. 17-cétostéroïdes : 7,1 mg. Test de Thorn : 114 éosino. ; 41 après A.C.T.H. ; chute : 64 %. M.B. : + 17 %. Traçage thyroïdien à l'isotope 131 : normal. Examen gyné-

cologique : utérus et annexes normaux. Frottis vaginal : imprégnation folliculinique très importante ; carence lutéinique.

Amélioration très importante par la cure électrique, mais reste déprimée. Etat somatique normal.

OBSERVATION XIII. — *Episode polymorphe confusionnel, avec agitation, en 1945, avec anxiété, et durable, traité par insuline (30 comas). Très bonne guérison. Fonds mental pauvre, et, à l'état normal, degré certain d'oligophrénie, aimable avec une certaine plasticité. Un épisode de dépression en 1948, de très courte durée. Un autre en 1955-1956 ; il s'agit alors de mélancolie franche anxieuse, qui guérit bien par traitement médical. Son père a eu des crises de mélancolie, et sa sœur est une petite anxieuse.*

Le diagnostic de cyclothymique déprimée peut être porté assurément en 1956 (Clinique neurologique de la Faculté, P^r Riser, obs. n° F-2.111).

Femme de 36 ans ; poids 72 kilos ; taille 1 m. 56. A toujours été forte, avec poussée post-pubertaire, comme sa mère et ses deux sœurs. Toujours bien réglée, sans élément cataménial, tant soit peu pathologique. Seins très forts. Pilosité normale. MB : + 6 %, aucune manifestation pathologique polymorphe, de type mélancolique. Insuline et électrochocs. Séjour de 10 mois à l'hôpital psychiatrique. Tension artérielle : 12-7. 17-cétostéroïdes : 6,3 mg. par 24 heures. G.B.S. : 18 mg. Test de Thorn : 61 %. Phénolstéroïdes : 18 mg. Faciès rond, plat, extrêmement frappant.

FM : 167 ; BZ : 147 ; BM : 142 ; BG : 129.

$$\begin{aligned} \frac{FM}{BZ} &= \frac{167}{145} = 1,13 ; & \frac{FM}{BG} &= \frac{167}{129} = 1,09 ; & \frac{BZ}{BM} &= \frac{147}{142} = 1,03 ; \\ \frac{BZ}{BG} &= \frac{147}{129} = 1,12. \end{aligned}$$

Nouvel accès dépressif à 29 ans, puis à 35 ans. Cyclothymie sur fond dépressif. Très légers épisodes agités, périodes de dépression profonde, état thymique interpathologique normal déprimé.

OBSERVATION XIV. — *Il s'agit d'un cas d'anorexie mentale typique. En 1950, tableau typique de grande anorexie mentale : amaigrissement, anorexie, aménorrhée, hyper-activité paradoxale, etc... Très bon niveau mental. Facteurs psychogènes extrêmement importants et précis, conflits multiples, état névrotique sous-jacent considérable. Cure de l'anorexie mentale par traitement psychanalytique seul. Maintien de la guérison six ans après. Alors (mai 1956), état somatique normal, bien réglée, a poursuivi avec succès ses études, adaptation sociale normale, et mise à leur place réelle des facteurs extrinsèques des conflits qui persistent.*

Jeune fille de 17 ans en 1950, qui consulte pour amaigrissement.

Taille : 1 m. 55. Le poids est passé de 63 kilos à 41 kilos. L'examen indique vite qu'il s'agit d'anorexie mentale. Le faciès est frappant par sa forte ossature en largeur, que l'amaigrissement fait encore davantage ressortir, et par son aspect « plat ». Aménorrhée depuis dix mois. Peau sèche et jaune. Oligurie. Tension artérielle humérale : 10-5. Niveau mental normal supérieur. Hyperémotivité, nombreux conflits affectifs. Opposition. M.B. : 2 %. Guérison sans traitement médicamenteux ni isolement, mais uniquement par psychanalyse freudienne. Reprise de l'alimentation et du poids, retour des règles. La guérison se maintient depuis onze mois, le poids est de 58 kilos.



FIG. 3 (obs. XIV). — Faciès discoïde certain, mais aspect très trompeur, révélé seulement par les mensurations. Anorexie psychogène.

Examen morphologique au moment où la malade pesait 55 kilos :

FM : 17,6 ; BZ : 14,3 ; BM : 13,7 ; BG : 12,1.

$\frac{FM}{BZ} = 1,23$; $\frac{BZ}{BG} = 1,18$; $\frac{BZ}{BM} = 1,04$; $\frac{FM}{BG} = 1,45$

Métabolisme de l'I 131 : taux de fixation directe après 24 h. : 26 % ; après 48 h. : 27 %. Taux de l'excrétion urinaire après 24 h. : 75 % ; après 48 h. : 77 % (M.B. à la même date : 4 %).

Évaluation de l'hormone thyroïdienne : épreuve pondérale de Rowlands et Parkes : 0,3 au R.P. ; test mitotique : 0,6 mitose. Ce qui cor-

respond à un taux normal d'élimination de l'hormone thyroïdienne hypophysaire.

Élimination urinaire des 17-cétostéroïdes neutres : 9,9 mg. par 24 h. Après le traitement psychothérapique, le faciès est devenu plein et arrondi, mais frappe encore par son aspect « plat », bien que cette jeune fille, douée d'une mimique très vive, voire dramatique, n'évoque en rien la placidité béate du « lunaire ».

La reprise de l'embonpoint a conduit à une répartition rhizomélrique de la graisse. Les poils pubiens sont abondants, et remontent vers l'ombilic. On note de l'asthénie et une mollesse générale des tissus.

Cette jeune fille est revue en 1955, à 22 ans, pour légers troubles névrotiques. Elle pèse alors 57 kilos ; elle est remarquablement bien proportionnée, l'appétit est excellent, et on a le plaisir de constater la cure parfaite de l'anorexie mentale par la psychanalyse classique, guérison qui tient bien, avec solution de la plupart des problèmes névrotiques et sociaux annexes. La jeune fille est, sur le plan esthétique, spécialement bien dotée, et c'est bien là l'un des plus dérou-tants faciès discoïdes que nous ayons rencontrés. Ses mensurations, en 1956, donnent les mêmes chiffres qu'en 1950, à des différences de 1 mm. près. Pilosité assez abondante, développement important de la ceinture scapulaire. Hyperménorrhée et syndrome prémenstruel net, volume mammaire notable, 17-cétostéroïdes urinaires, 10,8 mg. par 24 heures, très bon état général. Excellent état psychique.

Evoquer le faciès discoïde, c'est, sur le plan de la physiognomonie ancienne, faire appel à la notion du tempérament « lune », caractérisé par le calme, l'intériorisation, la mauvaise adaptation au monde et aux réalités, la facilité des développements imaginatifs, en un mot, des caractéristiques de rêveurs apragmatiques, doux et repliés, qu'on qualifierait volontiers de nos jours de « schizoïdes ».

D'un autre côté, certains ont considéré dans l'astre des nuits, le cours de son évolution dans le mois, ses avatars et ses influences sur les mers, tantôt calmées, tantôt furieuses dans leurs rythmées par le cycle lunaire. L'influence lunaire ne pouvait alors s'expliquer que chez les personnes changeantes d'humeur et de caractère, les lunatiques, où l'on reconnaît les cyclothymiques et les épiléptiques.

D'inspiration magique ou poétique, les rapprochements du visage avec la lune, par les physiognomonistes, ne correspondent guère à une réalité et si parfois, ils semblent tomber juste, c'est parce qu'un peu de sens pratique et quelques observations ont permis les explications pseudo-scientifiques *a posteriori*. Un fait demeure assuré, les personnes porteuses du faciès discoïde

n'ont rien du tempérament schizoïde et ont une forme d'équilibre qui les oppose nettement aux dysharmoniques et aux épileptoïdes.

Parmi les auteurs actuels qui se sont occupés du faciès discoïde, certains trouvent dans ces personnes des traits de caractère où dominent l'hyperémotivité, la timidité, une difficulté plus ou moins nette à s'extérioriser, et... des tendances poétiques et idéalistes..., « sensibles, imaginatifs, rêveurs, gardant un « côté enfant de leur caractère... Il y a comme une ironie de la « nature dans le contraste entre ces tendances idéalistes et la « bonne face ronde, placide, un peu ridicule » (May et Mozzi-conacci). Pour d'autres, les discoïdes disposent de beaucoup de vivacité et d'une tendance à l'activité étonnante chez des individus de forte corpulence et dont le faciès plein évoquerait l'apathie. Dans les deux opinions, on note, mais en sens différents..., une discordance entre l'impression donnée par le faciès et l'activité mentale !

Nos propres observations sont assez peu favorables au côté rêveur, idéaliste et poète des discoïdes, ni à la tendance au repliement, que ce soit par schizoïdie ou par hyperémotivité.

En réalité il ne faut pas se hâter d'établir des correspondances entre des traits de caractère ou des comportements et un aspect morphologique. Dans nos cas, les porteurs de visage discoïde, spécialement rêveurs et repliés, avaient des raisons névrotiques d'être ainsi, indépendantes de toute tendance foncière avec ou sans corrélation morphologique. Le résultat du traitement analytique de l'une de ces personnes, avec transformation consécutive de l'activité, vient assurément indiquer à la fois le sens de la compréhension psychologique en biotypologie et la fragilité des conceptions morpho-caractérologiques trop exclusives.

Le niveau mental est généralement normal, parfois brillant, et si le cas de l'observation n° I est celui d'une débile mentale, il n'y a là que la proportion d'une population quelconque. Le niveau mental, le quotient intellectuel chez les adolescents, l'intelligence et le développement des fonctions capacitaires chez les adultes sont indépendants du faciès discoïde.

Les tendances psychopathiques qui se font jour le plus volontiers chez les discoïdes sont du type cyclothymique maniaco-dépressif. Les observations III, V, VIII et XIII sont les seules qui ont résisté aux critiques des corrélations morpho-psychiques et

toutes les quatre sont des cas de troubles d'ordre thymique, de dérèglement de l'humeur du genre maniaco-dépressif.

Cette constatation n'est pas, à la réflexion, surprenante. La morphologie des rhizomégalo-discoïdes est du type pycnique, dysplasique, en corrélation dans la typologie de Kretschmer avec la cyclothymie et les aspects généraux de la syntonie dysthymique maniaco-dépressive. Dans un autre ordre d'idée, les malades atteints de maladie de Cushing sont affectés de tristesse, de dépression, comme l'ont montré de nombreuses études sur ce point, et nous avons indiqué plus haut la parenté morphologique des discoïdes et des états du type Cushing. Enfin, il est intéressant de rapprocher ce que l'on sait de la physiopathogénie des états dysthymiques, au niveau de la région diencéphalo-basilaire, des conclusions tirées de l'étude endocrinienne de l'état rhizomégalo-discoïde, qui tendent à impliquer à son origine une perturbation congénitale, ou tout au moins une prédisposition aux perturbations du système stimulo-hypophysaire et diencéphalique et de ses rapports avec les hormones périphériques du groupe surrénéo-génital. Ainsi, l'attention est attirée de tous côtés sur la région diencéphalo-basilaire et pituitaire.

Les personnes présentant le status rhizomégalo-discoïde ne nous ont pas paru présenter de troubles particuliers de la sexualité, ni dans le fonctionnement psychologique de la génitalité.

Il est aussi classique, dans les questions de psycho-névroses endocriniennes, de poser au début la question de leur existence et de l'importance du terrain préalable. Il en est ainsi dans le cas des troubles psychiques chez les discoïdes.

L'esthétique même du faciès discoïde n'a affecté aucun de nos sujets féminins. On ne peut d'ailleurs pas dire que le faciès discoïde constitue obligatoirement une disgrâce physique, et le « sentiment d'être laide » n'a joué dans aucun cas. Chez les jeunes filles, le cas VII du groupe de nos observations, par exemple, est celui d'une personne enjouée, vive, intelligente, dont le faciès a, dans le modelé arrondi général, une indéniable grâce. La personne de l'observation XIV, faciès lunaire maigre des plus étonnants, présente un certain charme et, libérée de ses difficultés par l'analyse, elle a une carrière sentimentale flatteuse et honorable. Le facteur esthétique paraît jouer surtout à la ménopause, quand la graisse affadit le modelé et quand surviennent la couperose et la pilosité. Ces ennuis esthétiques sont fréquents chez les discoïdes. Les conséquences psychologiques en sont légères, nulles dans certains milieux, où la femme prend à

l'avance le parti de son automne, bien atténué d'ailleurs sous les doigts de l'esthéticienne. Le point essentiel, pour notre fait, est l'absence habituelle de tout état réactionnel à la morphologie discoïde du visage.

En résumé, *a priori*, l'existence du faciès discoïde du status rhizomégalytique n'implique pas celle de déviation psychopathique spécifique. Beaucoup de ces sujets sont mentalement normaux et on ne peut valablement décrire chez eux aucun trouble spécifique du caractère. Il n'y a pas de « caractérologie » des discoïdes et, souvent, l'existence d'un trouble psycho-névrotique est le résultat d'une coïncidence. Une étude suffisamment attentive du cas permet alors de retrouver les causes véritables de la psychopathie, organiques ou psychogènes, oligophrénie, affection cérébrale, névrose, etc...

Mais il est aussi très juste de dire que le faciès discoïde va dans de nombreux cas avec une prédisposition certaine aux troubles thymiques, légers ou nettement dans la série manico-dépressive, dont l'importance des manifestations sera conditionnée par la survenue de facteurs pathogènes secondaires et intercurrents, lésionnels, réactionnels, psycho-somatiques, etc...

La rencontre du faciès discoïde dans son contexte morphologique, rhizomégaly et son contexte endocrinien, d'hyperstimulation et de déséquilibre hypophyso-périphérique avec des troubles psychiques de la série manico-dépressive, présente une fréquence assez grande pour qu'on soit en droit d'établir la corrélation. Il est aussi intéressant de rapprocher ces cas des observations de troubles hypophysaires périphériques, syndrome de Cushing, ménopause virilisante, etc..., qui s'accompagnent, s'il y a un trouble psychique, justement de troubles dans la sphère thymique. Le faciès discoïde s'inscrit dans un ensemble inné de dispositions morphologiques, hormonales et psychiques, assez particulier et tel que l'on pourrait dire que la constatation d'une morphologie rhizomégalo-discoïde est une indication de la fragilité des fonctions thymiques, dans le sens manico-dépressif, en face des divers facteurs psychopathogènes de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLY (Paul). — *Introduction à l'étude de l'endocrino-psychiatrie*, 1 vol., 190 p., Soc. d'éd. d'enseignement supérieur, Paris, 1949.
- CONSTANS (M.). — *Le faciès lunaire. Thèse médecine*, Toulouse, 1956.

- DENEUIL-CORMIER (Mme). — La très ancienne physiognomonie et Michel Savonarole. *Biologie médicale*, vol. 45, avril 1956, S.P.E.C.I.A., Paris, édit.
- GAYRAL (L.), BRU (A.), GLEIZES (L.). — Contribution à l'étude du faciès lunaire. *Annales d'endocrinologie*, t. 12, n° 5, 1951, p. 926.
- et DAUTY (R.). — Les troubles nerveux au cours des états d'hyperstimulinie. *Semaine des hôpitaux de Paris*, n° 9, 10 février 1956.
- — — L'obésité spongieuse puerpérale. *Semaine des hôpitaux de Paris*, n° 62, 14 octobre 1953.
- et GAYRAL (J.). — Le faciès discoïde et la morphologie rhizomégalyque. Etude génétique. *Journal de génétique*, Médecine et Hygiène édit., Genève (à paraître).
- — — Contribution à l'étude de la dysostose mandibulo-faciale. *Journal de génétique humaine*, édit. Médecine et Hygiène, Genève, vol. 4, n° 3, septembre 1955.
- GLEIZES (L.). — La fonction androgène chez la femme. *Thèse*, Toulouse. *Médecine*, 1951, bibliographie.
- MAY et MOZZICONACCI (P.). — Le faciès lunaire. *Annales d'endocrinologie*, t. 1, n° 1, mars 1939, p. 28.
- NETTER (A.) et coll. — L'hyperandrogénie chez la femme. *Annales d'endocrinologie*, t. 16, n° 6, 1955, p. 833.
-

PERVERSITES PRECOCES ET PARKINSON TARDIF

PAR

R.-M. PERROT, M. FLORENTIN et Mme C. FLORENTIN

Les comportements pervers liés à l'encéphalite épidémique — voire aux encéphalites — sont bien connus. Il peut paraître sans intérêt d'y revenir. Il nous a semblé, cependant, à l'occasion d'observations marquées par le *long décalage* dans le temps des signes psychiques du type pervers et des signes neurologiques du type Parkinson, que quelques réflexions étaient légitimes.

*
**

Nous avons, en effet, été frappés par le fait que certains malades admis en hôpital psychiatrique, et pour lesquels des experts et des cliniciens avaient employé à l'admission l'expression « perversité constitutionnelle » ou tout autre similaire, présentaient, plusieurs années après, un syndrome parkinsonien qui a pu être rattaché à une encéphalopathie antérieure à l'internement.

Ces cas ne sont pas absolument exceptionnels dans un service asilaire. Voici, par exemple, quatre observations caractéristiques :

OBSERVATION 1. — M... N..., né en 1920, est arrêté en 1940 pour mendicité. Le rapport de l'expert décrit alors ainsi les troubles constatés : « *Déséquilibre des facultés intellectuelles*, avec faiblesse particulière des facultés logiques, caractère puéril du raisonnement et du comportement, *perversité des instincts*, homosexualité et pédophilie, instabilité, indocilité, incapacité de s'adapter à une discipline familiale ou sociale, amoralité, parasitisme, délinquance à répétition. »

En 1954, on notait quelques signes discrets de Parkinson : salivation, léger embarras de la parole, qui est tremblée, perte des réflexes de posture. En 1955, il est possible de constater les progrès du syndrome, avec un certain degré d'hébétéude, une attitude figée ; l'immobilité du faciès, la démarche guindée, sont frappantes.

On retrouve, notée dans les antécédents, « une encéphalite de la petite enfance ».

OBSERVATION 2. — Z... S..., né en 1918, est poursuivi en 1936 pour attentat à la pudeur. Il est considéré comme *débile dénué de tout sens moral* et interné. Plus tard, à l'hôpital, on remarque son faciès figé, son regard fixe, sa parole explosive. Il est atteint de tremblement spontané, à prédominance gauche. On parle d'ébauche de roue dentée. Il a de la sialorrhée. On relève des antécédents d'encéphalite épidémique.

OBSERVATION 3. — N... L..., né en 1909, est interné en 1934, avec le certificat suivant : « Dégénérescence mentale, avec *débilité intellectuelle*, suggestibilité, *perversions instinctives*, notamment du sens génital. Au point de vue physique, stigmates dégénératifs et séquelles d'une encéphalopathie infantile, probablement d'une sclérose lobaire atrophique, parésie faciale droite, atrophie musculaire des membres supérieur et inférieur droits, avec apparition récente d'un tremblement pupillaire. Expertise mentale pour exhibitionnisme. »

En 1947, treize ans plus tard, un certificat de situation mentionne pour la première fois un syndrome parkinsonien, avec rigidité et tremblement prédominant à droite, toujours constatable aujourd'hui.

OBSERVATION 4. — P... A..., né en 1911, est hospitalisé en 1935. Le certificat d'internement mentionne une encéphalopathie de la deuxième enfance (8 ans), et des troubles mentaux caractérisés par de la *débilité intellectuelle*, de l'*amoralité* et des *perversions instinctives*, avec réactions violentes et délictueuses.

Dix ans plus tard, en 1945, on constate son faciès crispé et figé, son attitude guindée. Le malade s'approche lentement, énonce d'une voix monocorde des réclamations stéréotypées. Bradykinétique, il présente des troubles du caractère du type post-encéphalitique : taquinerie ou violence impulsive imprévisible, avec kinésie paradoxale.

De tels cas cliniques paraissent, à notre avis, poser trois ordres de problème :

- celui du diagnostic des comportements pervers ;
- celui des indications thérapeutiques éventuelles ;
- celui, enfin, de l'explication anatomo-biologique des faits constatés.

I. — Les certificats d'internement et les rapports d'expertise

de nos malades ne portent pas, on l'a vu, le diagnostic de perversité « acquise », mais les mentions de : débilité mentale avec perversion, dégénérescence héréditaire, déséquilibre constitutionnel, c'est-à-dire, dans tous les cas, affections congénitales. Nous ne nous choquons pas de certains de ces vocables, bien périmés aujourd'hui, mais qu'il faut lire avec l'optique du moment où ils ont été employés.

Des travaux classiques (Heuyer, Delmont, Truelle et Petit) ont permis de mettre en évidence les critères psychologiques et neurologiques des perversités acquises :

Les critères psychologiques, signalés par les auteurs, semblent se ranger sous trois rubriques :

- a) La stéréotypie des délits impulsifs et ingratescents.
- b) La conscience de l'état pathologique avec regret fréquent et conservation de l'affectivité qui apparaît même parfois exagérée dans l'intervalle des réactions pathologiques.
- c) L'atteinte intellectuelle, caractérisée par l'intégrité de la perception, avec ralentissement de l'idéation et grande fatigabilité psycho-motrice.

Les critères neurologiques se retrouvent, d'une part, dans l'anamnèse (épisode infectieux, état de somnolence), d'autre part, dans ce qu'on pourrait appeler les petits signes de l'encéphalite, concomitants du déséquilibre : syndrome excito-moteur à prédominance vespérale, modifications du liquide céphalo-rachidien, troubles oculaires (ptosis intermittent, diplopie passagère), parésies, troubles du tonus, myoclonies. On en détache le Parkinson qui apporte, évidemment, la signature de la séquelle encéphalitique.

Ces critères essentiels auraient-ils été utilisables à l'admission dans les cas que nous avons cités ? Ce que nous pouvons dire avec certitude, c'est qu'un long silence clinique a séparé les troubles du comportement de la constatation de Parkinson, déclaré parfois dix et vingt ans après, et qui fut le signe neurologique et étiologique évident. Evident, oui, car il paraît bien qu'il n'y a pas ici la possibilité d'évoquer un Parkinson artérioscléreux ; les antécédents d'une atteinte encéphalitique sans équivoque, la notion de la grande épidémie de 1920 pour deux de nos malades et la similitude de nombreux cas, l'âge des sujets nous permettent d'affirmer l'étiologie polyvirale peut-être, mais en tout cas infectieuse.

Placés dans des circonstances similaires, pourrait-on actuellement utiliser, outre les critères cliniques et neurologiques, les *données encéphalographiques*. L'électro-encéphalographie des encéphalites a fait l'objet d'un rapport de Radermecker et de communications diverses à la Société d'électro-encéphalographie à Liège, en juin 1955.

Aucun enregistrement de cas d'encéphalite Von Economo n'a pu être produit. Les travaux, qui ont porté sur divers autres types d'encéphalite (adultes ou enfants), mettent bien en évidence les éléments notés dans les phases aiguës (désorganisation, ondes lentes, aplatissements, dysrythmie, thêta survoltés, etc...) et établissent quelques corrélations anatomo-électriques ; mais, en ce qui concerne les « séquelles », ils n'apportent guère de données précises. « La persistance d'anomalies bioélectriques quelconques commande des réserves pour l'avenir, elles indiquent la possibilité de séquelles épileptiques et psychiques », écrit Radermecker. Humbert, parlant des encéphalites de l'enfant, suivies longtemps, note après la phase de disparition des ondes lentes amples polymorphes antérieures ou des aplatissements postérieurs, la persistance « d'une certaine instabilité des rythmes corticaux ». Tournier s'attache aux séquelles épileptiques électriques concomitantes des séquelles cliniques (arriération, troubles du caractère, etc...).

II. — La réalité d'une étiologie infectieuse et d'un substratum lésionnel devant être admise chez nos malades, alors qu'elle n'avait pas été envisagée au début de leurs troubles, la question peut se poser de savoir s'il ne faudrait pas quasi-systématiquement appliquer aux « pervers » une *thérapeutique anti-infectieuse ou anti-allergique*, dans le but, sinon de les guérir, tout au moins d'enrayer l'évolutivité d'un processus encéphalitique se développant à bas bruit.

De nombreux travaux ont été publiés sur le rôle des encéphalites, considérées comme étiologie infectieuse des psychopathies. L'expérimentation et la clinique sont, on le sait bien, concordantes quant à la réaction pathologique de l'encéphale, sous l'influence de causes biologiques diverses : infections (virales ou bacillaires), allergies.

Des conclusions thérapeutiques en découlent logiquement. Divers auteurs (Baruk, Sivadon, Marchand, Lôo) ont récemment insisté sur l'intérêt de cette attitude « médicale »... qui, pourtant, dans les cas qui nous occupent ici, fait un peu figure de boutade utopique.

III. — *La biologie, l'anatomie pathologique*, peuvent-elles nous expliquer le décalage d'anomalies des comportements instinctivo-affectifs et des comportements moteurs ?

S'agit-il d'atteinte successive de divers systèmes ? D'aggravation progressive des altérations, une zone (frontale, temporale, hypothalamique ou réticulée) manifestant plus vite sa « souffrance » qu'une autre (pallidale et nigérienne) ? Formule puérile qui ne nous satisfait pas. Elle traduit pourtant — en le travestissant — un problème réel.

Notons que les auteurs que nous avons pu consulter paraissent ne s'être pas préoccupés de la question : il est vrai que le Parkinson encéphalitique est considéré en général comme relativement précoce (un an par exemple), des observations semblables aux nôtres étant peu nombreuses dans la littérature. Le cas cité par D. Dénéchau d'un Parkinson d'apparition brusque, après traumatisme, chez un ancien encéphalitique, semble différent.

Il n'y a guère, à notre connaissance du moins, d'examens anatomo-pathologiques se rapportant à des cas, quasi-exclusifs, de comportement pervers. L'inefficacité, sur ces conduites, des médications anti-parkinsoniennes est en général admise ; elle semble sous-tendre l'atteinte d'autres systèmes. Les opérations neuro-chirurgicales, conseillées il y a quelques années par Brousseau dans des cas de déséquilibre, — fort différents à la vérité de ceux qui nous occupent —, et au cours desquelles furent surtout rencontrées des anomalies vasculaires frontales et quelques méningites séreuses, ne sont pas utilisables dans la présente discussion.

Aussi, en définitive, on peut seulement retenir les notions banales, soit de séquelles, d'installation progressive, mises en avant par quelques auteurs, soit d'encéphalites évoluant à bas bruit, admises par la plupart des cliniciens. Histologiquement, c'est l'existence de lésions cellulaires particulièrement marquées du système pallidal et du locus niger, ainsi que la présence de lésions inflammatoires (manchons périvasculaires et infiltration interstitielle), lésions décrites par Marchand dans les encéphalites psychosiques subaiguës et les encéphalites chroniques.

Quoi qu'il en soit, on sait qu'on admet actuellement qu'il s'agisse d'encéphalite virale (telle que l'encéphalite de Von Economo), ou de leuco-encéphalite périveineuse, primitives ou secondaires, une définition histopathologique limitant l'encéphalite aux lésions inflammatoires de la substance cérébrale, ces lésions comportant avant tout une réaction gliomésodermique

avec atteinte du parenchyme cérébral. Il faut les distinguer des phlébites cérébrales à masque de pseudo-encéphalite avec thrombose du système veineux, foyers d'infarctus hémorragiques et système artériel intact.

En tout état de cause, il nous apparaît que les notions classiques, auxquelles le praticien peut se rapporter après quelques démarches d'ordre bibliographique, sont insuffisantes. C'est ce qui nous a autorisés à poser le problème.

*
**

Invitation à la prudence dans le diagnostic étiologique des comportements pervers, méditations sur l'orientation possible de la thérapeutique dans certains cas, légitimité de recherches bio-anatomo-cliniques complémentaires, telles nous semblent donc les conclusions légitimes à tirer de l'étude, à travers une longue hospitalisation, de l'évolution des quelques malades à antécédents antisociaux.

TRAVAUX CONSULTÉS

- Sur *Troubles mentaux et Parkinson encéphalitiques* : in « 26^e Congrès des aliénistes », Quimper (Paris, 1922). Rapport de V. TRUELLE et G. PETIT ; in « Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie » (art. de H. HÉCAEN, J. DE AJURIAGUERRA, E. TRILLAT) ; « Neurologie » (art. de A. THÉVENARD, A. BUGE) ; in « Thèses », Marseille, 1933 (Paul NICOLAÏ) ; in « Encéphale », 1921-1922-1925-1935 (nombreux articles de divers auteurs) ; in « Revue neurologique », 1945 (DENECHAU).
- Sur *E.E.G.* : in « Revue neurologique », 2^e semestre, 1955, mémoire de J. RADERMECKER et communications à la Société d'E.E. et des sciences connexes de langue française (P. HUMBERT et P. LAGET ; G. TOURNIER, G. LELORD, A. REMOND).
- Sur *Anatomo-pathologie et biologie* : in « Encéphale », 1925, DONAGGIO ; in « Revue neurologique », 2^e semestre, 1950, F. VIZIOLI ; « Revue neurologique », 2^e semestre, 1955, HEUYER et FELD.
- Sur *Divers* : in « Annales médico-psychologiques », 1951 (t. II), communication de P. BROUSSEAU à la Société médico-psychologique (9 juillet) ; « Annales médico-psychologiques », 1955 (t. II), communication de P. LÔO, G. ELOY, J.-P. DUFLÔT, à la Société médico-psychologique (27 juin).

LES RETENTISSEMENTS PSYCHO-PATHOLOGIQUES DES EVENEMENTS D'ALGERIE

PAR

M. MAURICE POROT

I

Les événements inhabituels passent, dans l'opinion publique, pour susciter des réactions psycho-pathologiques intenses, et d'autant plus nombreuses et plus importantes que ces événements sont eux-mêmes plus graves et plus étendus.

En réalité, les investigations scientifiques sérieuses ont montré qu'il n'en est rien : Esquirol l'avait constaté à l'occasion de la Terreur, Legrand du Saulle, Baillarger, Lunier lors de la guerre de 1870-71 et du siège de Paris, Xavier Abély et H. Ey et J. Cornavin pendant la guerre de 1939-1945 ; les hôpitaux psychiatriques s'étaient alors vidés, comme d'ailleurs ils l'avaient fait pendant la guerre de 1914-1918.

Nous avons nous-même été frappé par le fait que les événements dramatiques qui bouleversent l'Algérie depuis le mois de novembre 1954 n'ont pas eu, apparemment, les conséquences que l'opinion publique redoutait quant à l'augmentation des troubles mentaux dans la population.

Afin d'éviter de confondre impression et réalité, nous nous sommes astreint à mettre systématiquement de côté, pendant ces derniers mois, les observations de ceux de nos malades dont les troubles psychiques paraissaient pouvoir être mis sur le compte des événements d'Algérie, à en croire du moins les intéressés ou leur famille.

Mais, avant d'apporter nos observations et les conclusions qui paraissent s'en dégager, nous devons faire quelques remarques

sur les conditions dans lesquelles nous les avons relevées. Notre clientèle est une clientèle neuro-psychiatrique privée, venant de tout le territoire algérien, mais cependant en majorité algéroise. Contre toute attente, les difficultés actuelles n'ont en rien modifié les proportions habituelles, quant à l'origine géographique de nos malades ; la proportion des Musulmans et des Européens ne semble pas avoir varié non plus.

Nos constatations portent sur un nombre relativement restreint de cas, et une clientèle privée de neuro-psychiatrie ne saurait être considérée comme un échantillonnage général valable pour l'ensemble de la population. Toutefois, l'esprit même de cette étude lui restitue en grande partie sa validité. Il est bien certain que l'opinion d'un grand nombre de confrères, de ceux du bled, notamment, serait bien plus précieuse. Nous savons, par exemple, par des conversations avec des médecins hospitaliers et des médecins du bled, qu'il existe des cas aigus rapidement résolutifs ou évacués sur des formations hospitalières et dont le spécialiste qui exerce à titre privé n'a pas connaissance.

Enfin, nous nous sommes borné ici à l'étude des réactions psychopathologiques individuelles, laissant volontairement de côté l'étude des réactions collectives.

Nous tenions à préciser ainsi les limites et par conséquent les insuffisances de ce travail, espérant qu'il en suscitera d'autres qui le compléteront et même le corrigeront.

II

Le problème essentiel est celui de la réalité du lien entre le trouble psychopathique présenté par le malade et la cause extérieure invoquée. De ce point de vue, il nous a paru nécessaire de séparer nos observations en deux grands groupes : celui des cas *authentiques* et celui des *cas douteux* ou *faux*.

A. — LES CAS AUTHENTIQUES

1. — Dans quelques cas, il y a une relation directe et apparemment indiscutable, essentielle et suffisante, entre les troubles présentés et les événements actuels, sans que l'on puisse retenir la notion d'un terrain psychopathique antérieur ; il s'agit de *cas authentiques survenant sur un terrain vierge*.

Nous n'en avons relevé que trois, et tous trois chez des Musulmans, dont deux jeunes.

OBSERVATION 1. — Jeune musulman de 25 ans, enlevé par les rebelles et soumis pendant trois jours à des interrogatoires, des menaces et des démonstrations destinées à frapper son esprit assez fruste, puis renvoyé à la ferme où il travaille pour éclairer la religion de ses camarades. Son patron, qui le recueille alors et le cache, l'amène dans un état de tension anxieuse extrême avec mutisme, tremblement névropathique massif, insomnie totale, qui ne cèdent pas à l'isolement et aux médications sédatives habituelles. Quelques électro-chocs ramènent le calme.

OBSERVATION 2. — Un jeune musulman de 22 ans, fils et frère d'instituteurs, a préparé la deuxième partie de son baccalauréat dans une petite ville algérienne où le terrorisme ne s'est pas encore manifesté. Pendant le premier trimestre, il fait un épisode digestif trainant. Au milieu du mois de mai 1956, la grève des études et des examens est imposée sous menace à tous les musulmans qui poursuivent des études secondaires ou supérieures. Désespéré d'être obligé de s'arrêter si près du but, de voir s'écrouler brutalement un rêve familial si longtemps poursuivi, il se met, le soir même, à s'agiter sans cesse, parlant d'abondance, tenant des propos décousus semés de calembours ; il ne dort plus. Cet état d'agitation maniaque fait place pendant de longues périodes à des réactions d'allure stuporeuse avec mimiques bizarres, insomnie rebelle et tabagisme intense. Cet état dure depuis deux mois quand on l'amène consulter ; depuis quelques jours, l'agitation a repris, intense, le malade est subfébrile, le pouls est rapide ; son père signale qu'il fume sans arrêt et, ce qui est pire, devant lui, ce qu'il n'aurait jamais fait autrefois, la déférence lui interdisant la chose. Il semble épuisé, ne parle pas spontanément, mais interrogé, répond aisément, avec le sourire, et ses propos sont ceux d'un maniaque : « Le traître « Maillot... il est dans le maillot... c'est le communisme... j'ai eu une « intuition bergsonienne... vous savez ce que c'est ?... le tout est égal « à l'infini, le tout est égal à la partie... il y avait Descartes... des cartes postales... et Socrate et Platon... nul n'est méchant volontairement... la grève des étudiants, c'est la trahison, c'est l'athéisme... « il y a des savants qui offrent leur cervelle pour l'humanité... et Pas-« cal et le miracle de la Sainte-Epine, vous connaissez ? la France, « ma patrie, la patrie commune, j'aime la France, je ne mens pas... »

OBSERVATION 3. — Musulman âgé de 53 ans, père de famille, chauffeur de taxi dans un village ; a fait autrefois des abus éthyliques et fait encore des abus de tabac (trois paquets de cigarettes par jour). Gastrectomie en 1953.

Présente, depuis trois semaines, un état anxieux indiscutable avec rumination obsédante, mauvais sommeil puis insomnie totale depuis quelques jours malgré la prise quotidienne de 100 mgr. de largactil ; l'anorexie est à peu près complète ; il a fait deux grandes crises,

névropathiques d'après la description qui en est faite, la semaine précédente. Il se voit ruiné et ses enfants vont mourir de faim.

Les troubles sont apparus à la suite de la mise en fourrière de son taxi, car il a suivi le mouvement de grève du 5 juillet 1956, imposé par les rebelles. Il prétend que son angoisse est née ce jour-là, de sa position inconfortable entre l'administration qui menaçait d'interdire le travail ultérieur et de saisir le taxi, s'il suivait l'ordre de grève, et les fellaghas, qui le menaçaient de tirer sur sa voiture s'il ne le suivait pas.

En réalité, un interrogatoire plus poussé montre que les faits sont moins émouvants : il a effectivement fait la grève le jour imposé, mais a pensé tourner la difficulté en effaçant ensuite la mention « Taxi » obligatoirement peinte sur le pare-brise, afin de pouvoir continuer à travailler, à l'insu de l'administration, les jours suivants. Reconnue par un garde-champêtre, sa voiture a été mise en fourrière pour avoir effacé la mention « Taxi ». A ce moment est née une angoisse, bien légitime, car ce taxi est son gagne-pain, et il le paie par traites mensuelles.

2. — D'autres cas paraissent, *a priori*, assimilables aux précédents en raison du rapport réel entre les événements et les troubles psychiques. Mais l'enquête, l'interrogatoire et parfois la connaissance antérieure que nous avons de l'intéressé permettent d'affirmer que les troubles se sont déclarés sur un terrain prédisposé. Ce sont des *cas authentiques sur terrain prédisposé*.

OBSERVATION 4. — Musulman de 33 ans, divorcé, chauffeur de poids lourds dans une région assez dangereuse. Son père, qui l'accompagne, est extrêmement réticent sur les causes, l'ancienneté et la nature même des troubles présentés. Le malade est bloqué, inhibé, absent et, en même temps, sous le coup d'une anxiété profonde, avec état saburréal des voies digestives. Il dit simplement que, du fait des événements, il ne peut songer à fonder une nouvelle famille et que c'est là la cause de ses ennuis actuels...

On parvient toutefois à comprendre que les troubles remontent, au moins de façon intermittente, à plusieurs années en arrière, et qu'il y a eu récemment des faits précis (menaces, terrorisation, situation dangereuse, etc...) qui ont provoqué cet état anxieux, semi-stuporeux, qui ressemble beaucoup à celui du malade de l'observation 1. Mais on sent qu'il est préférable de ne pas insister...

OBSERVATION 5. — Européen de 25 ans, venant consulter pour crises anxieuses intermittentes, mais violentes, survenant essentiellement le soir et la nuit. Elles sont apparues brusquement après l'assassinat, dans son village, d'un de ses amis par les fellaghas. On note un état

digestif saburral ; légers excès toxiques (vin, apéritifs, tabac) ; vagotonie très accusée.

En réalité, un an auparavant, il a présenté un syndrome analogue déclenché par la proximité de son mariage et a « guéri » par la prise de 1/8^e de comprimé de largacil.

OBSERVATION 6. — Ce jeune musulman de 20 ans est le dernier d'une famille nombreuse très européanisée. Il fait des études supérieures et, jusqu'à présent, a passé très aisément tous ses examens. Menacée par les Européens, tenue en suspicion par les Musulmans, sa famille est obligée de quitter la ville où elle réside, après le déroulements d'événements violents. Il reprend ses études à l'automne 1955, restant lui-même subanxieux, persuadé qu'il ne peut plus travailler, présentant de violentes céphalées et des palpitations cardiaques dès qu'il ouvre un livre ou un cahier ; il ne peut plus fixer son attention ; il se sent déchiré, entre certains de ses camarades musulmans qui l'accusent, parfois sous menace, de ne pas prendre assez nettement parti, et entre ses camarades européens, qui lui reprochent de ne pas rompre avec ceux qu'il considère tout de même comme les siens. Survient l'ordre de grève de mai 1956 (voir obs. 2), qui interdit la poursuite des études et la présentation aux examens. L'état de tension s'aggrave, le sommeil se trouble, les céphalées s'accroissent, témoins d'un désarroi profond.

En fait, il dit lui-même que, dans sa famille, il a toujours été couvé, qu'il s'est toujours beaucoup préoccupé de sa santé. En outre, il faut signaler que nous avons eu l'occasion, bien avant les événements actuels, de traiter deux de ses sœurs, l'une pour un syndrome interprétatif aigu, l'autre pour des symptômes d'aproséxie analogues à ceux de son frère, mais plus marqués, et qui évoluèrent vers un véritable état mélancolique ; l'une et l'autre guérirent d'ailleurs parfaitement par un traitement d'électro-chocs.

3. — D'autres observations assez analogues pourraient être classées avec les trois précédentes, en raison de la relation de cause à effet entre les troubles psychiques et les événements et en raison de la fragilité psychique antérieure des intéressés. Mais leur originalité tient au fait qu'il existe une véritable *allergie psychique* créée de toutes pièces par les événements, dans de rares cas (obs. 7), le plus souvent inscrite dans un déséquilibre psychique antérieur.

OBSERVATION 7. — Européen de 24 ans, artisan, puis depuis deux mois environ, entré dans la gendarmerie. Pendant une nuit de garde, il apprend l'exécution de deux criminels, mais n'y assiste pas. Il réalise la scène en imagination et en éprouve un choc violent ; il perd le sommeil. Petit à petit, l'intensité de son angoisse décroît mais, six jours

plus tard, une rafale de mitraillette tirée près de lui la réactive avec intensité, et chaque coup de feu qu'il entendra par la suite réactivera cette anxiété. Il perd définitivement le sommeil, est « survolté », a des céphalées nuchales et la certitude obsédante d'avoir une tumeur du cerveau. Il boit un peu trop et fume.

OBSERVATION 8. — Une jeune femme européenne de 33 ans a eu une enfance très pénible, sous la coupe d'une marâtre avare et indifférente. Un premier mariage avec un individu assez méprisable ne fait qu'accentuer un état de souffrance affective profonde et une fixation paternelle excessive. Un deuxième mariage, plus heureux, semble équilibrer un peu la malade, qui reste cependant une petite anxieuse, obsédée de préoccupations hypocondriaques ; à la base, on devine des sentiments aigus de culpabilité dus avant tout au conflit entre son désir de s'unir de façon plus intime à un mari qu'elle aime et la crainte de se comporter, de ce fait, comme une fille indigne envers son père. C'est ainsi qu'elle se présente quand nous la voyons une première fois en 1951. Son état s'équilibre peu à peu et la naissance d'un enfant désiré accentue cette amélioration.

Son mari, fonctionnaire, est à la veille d'une mutation inattendue, en mars 1956, et qui l'affecte dans une zone assez exposée où il sera difficile, sinon dangereux, pour la malade, de le rejoindre. La seule idée d'une séparation possible d'avec ce mari, qui est la seule personne auprès de laquelle elle se sente en sécurité, réveille les troubles anxieux, dépressifs et hypocondriaques, qui prennent une allure assez aiguë. C'est l'idée de la séparation qui est ici traumatisante, beaucoup plus que celle de périls éventuels qu'elle est prête à partager avec son mari.

OBSERVATION 9. — Une jeune étudiante de 23 ans se marie en juillet 1955. Un mois plus tard, en août, elle se trouve au cœur d'événements violents et atroces qui provoquent en elle un état d'anxiété permanente avec hyperémotivité et manifestations de type névropathiques (oppression, céphalées, diplopie transitoire, tendances lipothymiques, rires et pleurs faciles, etc...). Il se crée une véritable allergie psychique aux événements actuels, et le « déconditionnement » s'avérant impossible, on doit lui conseiller le départ dans une autre Université pour terminer ses études.

Ce conseil paraît d'autant plus justifié que les événements ont fait réapparaître, avec une plus grande intensité, il est vrai, des troubles tout à fait analogues pour lesquels nous l'avions déjà soignée un an auparavant, à la suite d'une légère intoxication.

B. — LES CAS DOUTEUX OU FAUX

1. — Dans bien des cas, les événements viennent *colorer* des troubles psychiques des plus banaux qui se seraient sans doute

produits indépendamment d'eux et ne sauraient donc leur être imputés. Tout récemment, L. Vallade (1) arrive à des conclusions analogues et écrit : « A vrai dire, je me demandais secrètement, car cette découverte aurait présenté un gros intérêt du point de vue socio-psychiatrique, si l'actualité politique algérienne (tous nos sujets étaient originaires du Constantinois) n'avait pas éventuellement joué un rôle plus ou moins déterminant... Nous avons été déçu, car seul un de nos malades a bien voulu alimenter son délire de persécution d'impressions en rapport avec les préoccupations qui divisent en deux clans les Musulmans d'Algérie. »

Certains de ces cas sont simples. Il s'agit, par exemple, de psychasthéniques qui alimentent leurs obsessions avec les préoccupations du jour.

OBSERVATION 10. — Européen de 38 ans ; présente un état de mentalisme obsédant qui gêne son sommeil sans toutefois lui interdire son activité professionnelle. Deux thèmes reviennent constamment : la mise au point d'un microscope stéréoscopique de son invention et les différentes solutions que l'on pourrait apporter au problème algérien. Mais ces troubles ont fait suite à un état dépressif avec perte du sommeil et de l'appétit, amaigrissement de 15 kg., évoluant depuis six mois environ, angoisses à manifestations cardiaques, puis digestives, puis grande astasie-abasie. Tout finit par rentrer dans l'ordre.

OBSERVATION 11. — Femme européenne de gérant de ferme, mère de cinq enfants, sans passé psychopathologique, courageuse et travailleuse. Depuis un an, se trouve dans un état de dépression marquée avec obsessions pénibles, anorexie, amaigrissement et insomnie ; ces troubles auraient eu pour cause une querelle de voisinage. Une série d'électro-chocs faits après l'échec d'un traitement médicamenteux prolongé entraîne une guérison rapide. Mais il persiste quelques obsessions-impulsions et la malade continue à « parler avec son moral », comme elle le dit. Elle apprend à la radio l'arrestation de l'assassin d'un commissaire de police et est obsédée à nouveau par des phrases comme celle-ci : « J'ai tué, je suis coupable, on va me guillotiner. » Entendant une autre fois « ...s'est constitué prisonnier », elle se sent poussée à en faire autant, mais se demande pour quels motifs. Pénibles comme toutes les idées obsédantes, ces troubles restent pourtant sur le plan purement intellectuel et n'ont aucunement la teinte mélancolique.

(1) L. VALLADE. — Genèse des réactions psychopathiques apparues chez des Nord-Africains au cours d'une hospitalisation pour une maladie somatique. *Presse médicale*, 64, n° 57, 21 juillet 1956.

Comme on pouvait s'y attendre, les mélancoliques et les anxieux trouvent dans les événements de quoi nourrir leurs thèmes délirants.

OBSERVATION 12. — Femme européenne de 70 ans, habitant une ville où les attentats sont fréquents. Elle a peur qu'on tue son mari, âgé comme elle. Un état anxieux se développe. Dès que les journaux ou la radio annoncent un attentat ou l'éclatement d'une bombe dans la ville assez distante où est mariée sa fille unique, elle exige qu'on lui téléphone sur-le-champ. Petit à petit, la malade s'enfonce dans un état stuporeux dont elle ne sortira que grâce à une série d'électrochocs.

Depuis plusieurs années, en réalité, cette femme dominatrice avait mal accepté le départ de cette fille unique et la passivité de son mari avait laissé le champ libre à toutes sortes de manifestations névrotiques d'allure dépressive, régulièrement traitées, et avec succès jusqu'alors, par des voies purement médicales.

OBSERVATION 13. — Une Espagnole de 47 ans, venue travailler comme domestique en Algérie, laisse mari et enfants en Espagne, où sa situation est misérable. Elle fait un accès de mélancolie anxieuse avec tentative de suicide et interprétations : les événements vont l'empêcher de rentrer en Espagne ; une patrouille fait mettre les bras en l'air à des suspects : on va la traiter de même comme si elle était une voleuse ; les fellaghas vont prendre jusqu'à ses pauvres biens.

Deux cas privilégiés permettent de bien préciser l'absence de rapport réel entre les troubles et les événements, ainsi que le caractère uniquement « colorant » de ceux-ci.

OBSERVATION 14 — Une femme âgée de 72 ans fait un syndrome mélancolique classique : auto-accusation (elle a pris de l'argent, des amants, et sera damnée pour cela) ; hallucinations auditives (voix qui posent des questions « abominables. ») apparues *avant le 1^{er} novembre 1954*, date de début des troubles. Dès le déclenchement de ceux-ci, elle découvre que ces voix sont celles de fellaghas qui lui disent qu'on fait la guerre ; elle entend des autos, des avions, des bombes ; elle se déshabille et veut se sauver nue, car les voix le lui ordonnent. Une série d'électrochocs guérit complètement cet état, que l'on craignait être symptomatique d'une involution sénile.

OBSERVATION 15. — Un Européen de 56 ans, maire d'une commune relativement tranquille dans une zone qui l'est moins, au décours d'une grippe au printemps 1956, commence à prendre trop à cœur les événements locaux qui, il est vrai, s'aggravent dans sa commune. Un état mélancolique tout à fait classique s'installe progressivement : son beau-

frère a été ruiné par les événements (ce qui est exact), il va l'être aussi ; les siens seront sur la paille ; il pleure sans cesse, ne dort plus, ne mange plus, a maigri, se croit damné car il ne peut plus prier ; il a des idées de suicide.

Une série d'électro-chocs ramène tout dans l'ordre et il juge alors lui-même très sagement l'influence exacte et uniquement « colorante » des événements sur ses troubles antérieurs, ce que sa femme nous avait d'ailleurs déjà appris pendant la maladie de son mari.

2. — On ne saurait s'entourer d'assez de prudence et de contrôles avant d'attribuer aux événements des troubles qui, au premier abord, paraissent pourtant en relation directe avec eux. Il s'agit en réalité de *cas trompeurs*.

OBSERVATION 16. — Une femme européenne, âgée de 25 ans, est mariée à un garde-forestier et habite avec lui dans une zone particulièrement dangereuse. Depuis deux mois, le ménage peut difficilement sortir sans essuyer une rafale de mitraille. Un état anxieux se développe, l'insomnie devient complète et bientôt apparaissent des douleurs dans le bras gauche, un tremblement massif, global, sans caractères bien définis. On l'évacue sur l'hôpital d'une petite ville voisine, mais malgré la sortie du milieu antérieur et l'isolement, les troubles persistent. On la voit alors en consultation et on pense à un état névropathique en rapport avec l'épuisement dû à la tension nerveuse prolongée.

Un électro-encéphalogramme indique une souffrance des formations de la base, transmise au niveau des régions antérieures, plus nettement à gauche. Le fond d'œil est normal. Une ponction lombaire révèle l'existence de quinze éléments, sans hyperalbuminose, dans le liquide céphalo-rachidien.

Quelle a été la part du traumatisme psychologique incontestable et prolongé, dans l'apparition de ce tableau d'allure d'encéphalitique ? Le problème paraît difficile à résoudre.

L'observation suivante, presque expérimentale avec sa contre-épreuve, semble permettre d'éliminer une étiologie pourtant plausible de prime abord.

OBSERVATION 17. — Le mari de cette malade est un petit entrepreneur européen dont l'activité se déroule dans une région exposée ; elle a quatre filles dont trois sont mariées ; la famille est extrêmement unie. Un mois avant l'entrée en clinique, son mari reçoit une lettre, ainsi que deux autres habitants du village, signée du Front de la libération nationale ; on lui dit qu'il va bientôt y avoir de la boucherie dans le village. Selon la famille, c'est à partir de ce moment qu'elle serait

devenue anxieuse et insomniaque après avoir présenté une réaction urticarienne, quinze jours avant les manifestations psychiques ; un syndrome mélancolique s'installe, qui cède complètement à une série d'électro-chocs.

L'interrogatoire montre qu'en réalité l'anxiété était antérieure à la lettre de menaces. Elle renonce à retourner dans son village. Peu après sa guérison, elle apprend que deux de leurs amis y ont été assassinés ; elle a grand peur de rechuter, étant donné l'origine qu'elle croit devoir attribuer à ses troubles antérieurs ; elle fait quelques cauchemars, mais son psychisme reste normal.

3. — Deux *malades neurologiques* nous ont affirmé que les événements ont eu une influence réelle sur leurs troubles. L'un est un épileptique, l'autre une ancienne paraplégique.

OBSERVATION 18. — Un jeune garçon âgé de 19 ans, fils unique, habitant une ferme assez isolée, est suivi par nous depuis neuf ans pour une épilepsie psychomotrice, dont le traitement est strictement appliqué par une mère intelligente, mais surprotectrice. Tout va bien, et les rares équivalents qui persistèrent longtemps semblaient avoir disparu lorsqu'éclatent les événements actuels. La mère affirme que les équivalents ont reparu depuis novembre 1954, malgré une thérapeutique inchangée et scrupuleuse. En outre, une nervosité et une instabilité marquées viennent en partie expliquer la baisse de qualité des résultats scolaires jusqu'ici très suffisants (la mère est institutrice).

OBSERVATION 19. — Une femme de 50 ans ayant présenté une paraplégie à début brutal trois ans auparavant a beaucoup récupéré dans le domaine moteur et arrive à marcher presque normalement. Chaque fois qu'une bombe éclate dans la petite ville où elle habite, elle prétend ressentir des tremblements et des décharges de type électrique dans les membres inférieurs.

Ces deux observations méritaient d'être classées parmi les cas douteux, car, derrière la bonne foi indéniable de ces deux malades, on peut se demander quelle est la part de l'auto-suggestion et celle de la réalité.

4. — On ne saurait terminer la présentation de ces observations sans citer un certain nombre de *cas inattendus*, assez pittoresques, dans lesquels les étiologies de circonstance invoquées n'ont que des rapports lointains ou inexistantes avec la réalité.

OBSERVATION 20. — Une femme de 35 ans, sans antécédents psychopathiques, a trois enfants, est mariée avec un mécanicien ; la famille

habite un petit logement de deux pièces à côté de la mine où travaille le mari. La troupe a été installée à demeure pour protéger la mine. Depuis trois semaines, la malade est surexcitée, ne dort pas, a des angoisses, de la diarrhée, et même des hallucinations visuelles et auditives pendant la nuit qui précède la consultation.

Et pourtant, si les événements ont joué un rôle dans le déclenchement des troubles, ce n'est que de façon indirecte et bien inattendue : pour augmenter les ressources du ménage, la malade a ouvert une cantine clandestine dans une des deux pièces du logement, s'y surmène jour et nuit, mais surtout fume constamment, boit en grande quantité du café « pour tenir le coup » et des apéritifs pour faire plaisir à sa clientèle militaire. Surmenage et abus toxiques sont seuls responsables de cette psychose de cupidité.

OBSERVATION 21. — Une jeune et jolie femme de 24 ans a fait à plusieurs reprises, depuis son mariage, des crises tétaniformes, sans que les examens les plus poussés aient jamais révélé d'atteinte organique. Brusquement, alors que tout semblait rentré dans l'ordre depuis longtemps, éclate une crise d'anxiété au cours de laquelle la malade répète : « J'ai peur... j'ai peur... » Le mari explique que les troubles anxieux sont apparus après un déplacement en auto à travers une zone peu sûre. En fait, la malade interrogée séparément, nous révèle que son angoisse, véritablement atroce, tient à la crainte (et au désir jusque-là repoussé) de céder aux avances d'un ami de la famille qui la serre de près. Elle parviendra d'ailleurs à surmonter ses tentations, non sans peine ni sans courage. Un détail mérite d'être signalé : un gynécologue avait prescrit des séances de diathermie vaginale, et c'est le jour de l'introduction de la première bougie que l'anxiété se manifesta.

OBSERVATION 22. — Une femme israélite de 60 ans présente depuis plusieurs semaines un état de dépression avec anxiété et agitation, insomnie et amaigrissement : « Ce sont les événements qui en sont responsables », dit-elle d'emblée. En fait, elle avait eu de lourds soucis familiaux et sentimentaux depuis plusieurs mois et surtout avait vu partir un fils unique trop gâté qui lui avait laissé, en outre, la charge d'une affaire de ventes à crédit ; les rentrées et le paiement des traites s'effectuaient fort mal du fait des événements, et c'est pourquoi elle leur attribuait la responsabilité de ses troubles.

Mais les retentissements inattendus des événements ne sont pas toujours uniquement pittoresques, et risquent, dans certains cas, de prendre une tournure tragique.

OBSERVATION 23. — Un musulman âgé de 35 ans, marié et père de famille, est victime en service d'un grave accident d'auto ; il reste

dans le coma, puis apparaît un syndrome subjectif secondaire des traumatisés craniens ; puis, six mois après, surviennent cinq états seconds, qui durent de quelques heures à quelques jours et dont la nature comitiale est confirmée par l'électro-encéphalogramme, puis l'apparition de crises motrices franches. Au cours de ces périodes, il se comporte de façon invraisemblable, choquante, fait des fugues, écrit des lettres d'insultes à son beau-père avec qui il s'entend bien, fait des achats absurdes, passe, devant notaire, un acte de donation de tous ses biens à un de ses frères qui s'en étonne, embrasse les filles dans la rue, rit ou pleure sans raison ; de tout cela, il est inconscient et amnésique.

Il est dans la police, ce qui aggrave les choses. Il a pour rôle habituel, en effet, d'écouter les propos tenus dans les réunions : « Je lance la ficelle et j'écoute », selon sa pittoresque expression. Or, on lui a rapporté que, quand il est dans un état second, il chante, devient bavard, parle à tort et à travers ; il craint, en conséquence, de dévoiler le contenu confidentiel de certains dossiers qui lui ont été confiés. Cette crainte n'est pas vaine. Un de ses frères était venu lui rapporter, quelques mois auparavant, qu'il avait rencontré un étranger revêtu d'un uniforme rôdant autour de leur douar natal ; notre malade donna ces indications à ses chefs avec la plus grande discrétion. Mais au cours d'un de ses états seconds, il raconta la chose avec force détails, devant son frère, le mettant en cause, et surtout devant un public dont les oreilles n'étaient pas toutes bienveillantes. Depuis cet écart, le frère, psychasthénique ancien fin et sensible, vécut dans un état d'anxiété permanent, dans la crainte, trop fondée, d'être égorgé un jour prochain.

III

On pourrait regrouper les observations précédentes de bien des façons pour essayer d'en tirer des conclusions d'allure statistique. Nous nous en garderons pour les raisons exposées dans le préambule de ce travail. Ceci dit, il nous paraît possible de faire état d'impressions suggérées, non seulement par les cas rapportés ci-dessus, mais encore par l'attention soutenue portée à ces problèmes depuis de nombreux mois.

On verra qu'il est intéressant, pour l'analyse des résultats, de conserver le groupement des malades en deux catégories : *cas authentiques* et *cas douteux ou faux*.

1. — La fréquence des troubles psychiques en rapport (plus ou moins authentique) avec les troubles actuels en Algérie est certainement bien moins grande qu'on ne l'imagine de prime

abord. Nous estimons que l'intervention, réelle ou alléguée, dans les manifestations psychopathiques actuellement enregistrées en Algérie, ne dépasse pas 5 % des cas. Ce chiffre est calculé très approximativement et ne saurait être pris comme absolu.

Si l'on s'en tient aux observations que nous avons rapportées, on voit que l'étiologie invoquée ne méritait d'être retenue que dans un peu plus du tiers des cas environ (9 sur 23) ; dans les cas authentiques eux-mêmes, on constate que les deux tiers des malades étaient prédisposés à présenter des troubles psychiques qui se seraient sans doute manifestés à toute autre occasion. Ces proportions sont remarquablement analogues à celles qu'ont observées Ey et Cornavin.

2. — Il ne semble pas que l'on puisse tirer de conclusions valables quant à l'influence du *sexe* des malades, si ce n'est que la proportion des hommes est nettement plus grande dans le premier groupe (cas authentiques) que dans le second (cas douteux ou faux), où la proportion est inversée.

3. — L'âge moyen des malades des deux catégories est nettement différent : ceux de la première catégorie sont plus jeunes que ceux de la seconde (29 ans contre 43 ans).

4. — L'*origine ethnique* semble aussi représenter un facteur important. Dans le premier groupe, il y a 5 Musulmans sur 9 malades, alors qu'il y en a 2 seulement sur 14 dans le second. Et tous les Musulmans de ce premier groupe sont des hommes, alors que les 4 Européens sont 2 hommes et 2 femmes.

En outre, toujours dans ce premier groupe, les trois malades sans passé psychopathique, et dont les troubles sont indéniablement en rapport avec les événements, sont des Musulmans. Sans vouloir tirer de conclusions trop catégoriques, on peut expliquer cette particularité par le fait que les Musulmans, les jeunes surtout, sont dans une situation de fait très angoissante, plus angoissante encore que les Européens. Ils sont placés devant un choix à faire, dont les conséquences seront sanctionnées de toutes façons, et sans appel par les rebelles ; la prudence et l'instinct de conservation les incitent à essayer de tenir des positions pratiquement intenable. Cette tension psychologique aiguë, permanente, douloureuse, prépare un terrain favorable à l'éclosion de troubles psychiques sous l'action de traumatismes psychologiques directs (obs. 1), ou médiats (obs. 2 et 3), ou même somatiques (obs. 2).

5. — Les *aspects cliniques* des troubles présentés n'ont abso-

lument rien d'original. Il s'agit de manifestations réactionnelles tout à fait classiques, de ces troubles que chacun, à l'occasion d'un événement extérieur, fait avec son fond mental sous des formes qui vont des crises névropathiques à la stupeur, en passant par les réactions anxieuses et surtout obsessionnelles. L'insomnie est un symptôme majeur.

L'analyse des observations montre que, quelle que soit la symptomatologie présentée (maniaque, confuse, anxieuse, dépressive ou stuporeuse), il y a toujours eu, à l'origine des troubles, un *état de conflit aigu* et violent, sidérant ou prolongé : terrorisation massive (obs. 1 et 4), choix impossible et angoissant (obs. 2, 3, 6, 8), avec parfois écroulement brutal d'un avenir préparé de longue main (obs. 2 et 3), ou obligation inacceptable (obs. 7, 8 et 9).

L'intervention directe, matérielle, des événements dans la vie des malades, semble avoir eu un rôle déclenchant immédiat dans certains cas (obs. 1 et 4), sensibilisant dans d'autres (obs. 7 et 9).

6. — *L'origine géographique* de nos malades présente un intérêt réduit. Fait remarquable, toutefois, aucun ne venait d'Oranie où la rébellion ne s'est manifestée que longtemps après son apparition dans le Constantinois et la Kabylie, puis dans l'Algérois. (Nous avons groupé à part les malades de Kabylie, qu'ils soient venus de la Kabylie constantinoise ou de l'algérienne). On comprendra que nous ne puissions donner pour chaque observation l'origine exacte des malades.

Dans le premier groupe, quatre malades venaient de l'Algérois, trois de Kabylie et deux du Constantinois. Dans le second, six étaient originaires de l'Algérois, six de Kabylie et deux du Constantinois.

7. — Signalons enfin qu'un certain *temps de maturation* nous a paru nécessaire pour que les événements interviennent comme cause authentique ou alléguée des troubles psychopathologiques. Nous voulons dire par là qu'il faut que les événements se soient manifestés depuis plusieurs mois pour que leur responsabilité commence à être mise en cause, à tort ou à raison. On peut, pour cette raison, penser que, les troubles disparus, leur responsabilité continuera longtemps à être évoquée.

CONCLUSIONS

Contrairement à l'opinion courante, les événements dramatiques qui bouleversent l'Algérie depuis le mois de novembre 1954 n'ont pas été la cause d'une recrudescence importante de troubles psychiques. Ces constatations sont conformes à des remarques faites antérieurement, dans des circonstances analogues, en d'autres lieux et en d'autres temps. Nous ne pouvons pas, dans ce travail purement documentaire, expliquer les raisons de ce paradoxe apparent. Nous renvoyons sur ce point aux travaux de X. Abély (1) et de H. Ey et J. Cornavin (2).

Il existe des cas, rares, de psychoses réactionnelles dues à l'intervention directe, intense et durable des événements. Dans d'autres cas, déjà moins rares, le lien de cause à effet reste indiscutable, mais les troubles surviennent chez des malades prédisposés du point de vue psychopathique ; ils se manifestent le plus souvent sous la forme d'une sensibilisation ou même d'une véritable allergie.

Mais les cas les plus fréquents sont ceux où les événements sont mis en avant pour expliquer l'apparition d'un état psychique banal dont ils sont simplement venus colorer ou alimenter le contenu. On ne saurait être trop prudent dans l'attribution aux événements de troubles qui semblent effectivement en relever *a priori*. Nous rapportons quelques-uns de ces cas « trompeurs ».

(1) X. ABÉLY. — Diminution de l'aliénation mentale pendant la guerre. *Presse médicale*, 17 juin 1944, p. 179-180. Diminution des psychoses affectives pendant la guerre. *Presse médicale*, 5 août 1944, p. 227-228.

(2) H. EY et J. CORNAVIN. — Psychoses et événements de guerre. *Annales médico-psychologiques*, 106-2, 9-23, juin 1948.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 22 octobre 1956

Présidence : M. J. BONHOMME, président

COMMUNICATIONS

Guérison par l'association chlorpromazine réserpine d'un gravesyndrome hébéphréno-catatonique datant de 10 ans, par MM. M. LECONTE (Médecin-chef) et A. BARBIER (Interne) des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Le cas de Mlle O... Mar... nous a paru mériter une place à part dans le cadre des résultats obtenus dans le service par les neuroleptiques et spécialement la réserpine.

OBSERVATION. — Mlle O... est née à Paris en juin 1924 ; ses parents étaient d'une rigueur morale confinant à la rigidité. Le père, exerçant la profession de pharmacien, est très protecteur et très anxieux. La mère mourut lorsque Mar... avait 10 ans : en allumant un fourneau, le feu prit à ses vêtements, et l'enfant la vit brûler vive sous ses yeux.

Ainsi, notre malade vécut seule avec son père et un frère de trois ans plus âgé qu'elle. Intelligente, dynamique, courageuse, sportive, telle est la description que nous en fait son père, tout en remarquant qu'elle a toujours préféré les « jeux de garçons » et, plus tard, les occupations masculines. Elle fit ses études au lycée Janson-de-Sailly, puis au lycée Molière. A la mort de la mère, elle fut placée comme demi-pensionnaire dans une institution religieuse, où elle poursuivit ses études.

En 1938, à l'âge de 14 ans, elle eut une vive attirance pour un ami d'enfance, qu'elle perdit ensuite de vue.

En 1939 et 1940, M. O..., mobilisé, ferma la pharmacie. Mar... alla vivre pendant un an avec sa grand'mère dans le Calvados.

En 1942, elle eut une grosse déception sentimentale, dans le cadre d'ail-

leurs d'une stricte moralité à laquelle tenait la jeune fille. Mais il est à noter qu'à cette époque, âgée de 18 ans, elle n'était pas encore réglée. Ce n'est qu'à 19 ans que les règles ont été déclenchées par un traitement endocrinien, mais sont toujours restées irrégulières.

Dès 1942, à la fin de sa classe de seconde, elle avait refusé de poursuivre ses études, préférant tenir à la pharmacie et au foyer la place laissée vide par sa mère. Elle y mena une « vie de devoir », ne s'accordant aucune distraction. Elle n'en resta pas moins très active : tout en voyageant pour les affaires de la pharmacie, elle servit d'agent de renseignements aux réseaux clandestins de la résistance, son frère en étant un membre très actif et menant une vie de traqué. Toute la famille vivait, en somme, dans une atmosphère permanente d'anxiété, qui dura jusqu'en 1944.

En 1944, M. O... se remarie avec la veuve d'un médecin, Mar... a alors 20 ans. Dès le début, quelques heurts se produisent avec la belle-mère. Tout en continuant à travailler à la pharmacie, Mlle O... préfère habiter, ainsi que son frère, dans l'appartement de la grand-mère maternelle.

Vers cette époque (1945), la jeune fille a un vif penchant pour un camarade, mais là encore le projet échoue. Deux versions de cet incident nous sont présentées : celle de la malade, qui affirme que son père s'est opposé au mariage et ne se souvient de rien d'autre ; celle du père et de la belle-mère, qui font remarquer l'attitude extrêmement provocante de Mar... vis-à-vis du jeune homme, attitude tranchant avec sa stricte réserve habituelle.

Ces faits, joints à la lacune mnésique concernant cette période, peut faire penser que la malade avait déjà fait à cette époque un petit état d'excitation psychique avec appoint confusionnel. Quoi qu'il en soit, le jeune homme, sans préavis, se marie avec une autre jeune fille.

Certes, Mlle O... en est très atteinte dans son affectivité, mais il semble que ce soit en toute lucidité qu'elle s'engage dans l'armée comme « A.F.A.T. » en janvier 1945. Elle est alors attachée à la mission française dans un camp russe de déportés polonais, où la plus grande partie de son rôle est humanitaire, essayant d'éviter les bagarres ; elle aurait cependant été témoin de plus d'un sanglant conflit : « J'ai vu des choses terribles », dit-elle encore maintenant. Elle est démobilisée en juin 1946.

C'est à cette époque que se déclenche le premier épisode pathologique grave. La famille nous relate que la malade « chantait toute la journée », écrivait sans arrêt (toujours les mêmes phrases, comme stéréotypées), marchait « comme une automate », était prise d'une subite ferveur religieuse et déclarait qu'elle « voulait se marier à tout prix et avec n'importe qui ».

D'après cette description, il semblait donc s'agir d'un état d'excitation atypique avec appoint confusionnel. Elle est alors soignée, de juin à septembre 1946, à la clinique du château de Suresnes, par des électro-chocs. Elle sort apparemment guérie.

En 1948, elle fait un séjour de quelques mois en Angleterre pour apprendre la langue, puis rentre à Paris pour le mariage de son frère. Son comportement était tout à fait normal.

En 1949, elle allait avoir 25 ans et attribuait une grande importance à cet anniversaire. Elle est engagée, au moment du congrès de la Croix-Rouge à Genève, comme secrétaire et interprète du gouvernement fédéral suisse. Elle y devient amoureuse d'un Américain ; là encore, nouvel échec et nouvelle déception. Ne se sentant pas bien, elle abandonne son travail et téléphone à son frère de venir la chercher à Genève le soir même.

Ramenée en France, sa famille nous la décrit comme « triste, renfermée, refusant la nourriture, se tenant sans cesse debout et racontant des histoires incohérentes où dominaient des idées mystiques ».

Elle est admise en clinique à Versailles, le 13 juillet 1949, où elle subit une cure de Sakel et des électro-chocs. Très améliorée, elle sort le 22 septembre.

Mais la rechute est rapide, et le 6 octobre 1949 elle est admise dans une autre clinique, au Vésinet. Elle s'y améliore de nouveau, et à trois reprises la famille tente de la reprendre ; à chaque fois, elle est obligée de la ramener d'urgence à la clinique en plein état d'excitation. Lors de l'une de ces tentatives, la malade s'échappe en chemise de nuit de la maison paternelle et marche droit devant elle.

A chaque retour à la clinique, elle s'y montre plus excitée et plus violente qu'au séjour précédent, si bien que la décision est prise de la faire interner.

Certificat de placement (5 avril 1950). — « Mlle O..., après avoir présenté des idées de persécution accompagnées d'hallucinations visuelles, a été atteinte de crises de catatonie des plus typiques. Ces crises ont été améliorées par un traitement constitué par des électro-chocs et la cure de Sakel (comas insuliniques). Actuellement, Mlle O... se présente dans un état de confusion profonde doublée d'adynamie ; la malade ne répond rien aux questions qu'on lui pose et aucun contact avec elle ne peut être réalisé ; on perçoit un chuchotement indistinct, quelques paroles sans suite répondant probablement à un autisme d'ancienne date. Suggestibilité. Hypertonie catatonique, opposition, négativisme. Les réflexes sont normaux, l'état général assez bon. Les manifestations psychiques de Mlle O... rendent celle-ci dangereuse pour elle-même et pour autrui et nécessitent son admission dans un établissement soumis à la loi du 30 juin 1838. — Dr »

Notre malade est alors soignée à la maison de santé de Ville-Evrard : une nouvelle cure de Sakel, des électro-chocs prolongés, une encéphalographie gazeuse par voie lombaire, sont successivement pratiqués sans aucun succès.

L'attention avait par ailleurs été attirée sur la carrure androïde de la malade, son acrocyanose, son hypertrichose, son aménorrhée. Un implant hormonal est pratiqué sans aucun effet.

Le 5 mars 1952, Mlle O... est transférée à Sainte-Anne, dans le but de lui faire pratiquer des injections intra-cérébrales.

Certificat de situation (Sainte-Anne, 5 mars 1952). — « Retour de la maison de santé de Neuilly-sur-Marne. Syndrome hétérophrénocatatonique évoluant depuis plusieurs années. Agitation incohérente et impulsive. — Dr »

Deux infiltrations préfrontales sont pratiquées. La malade devient de plus en plus violente. Son transfert à Maison-Blanche est décidé.

Certificat de transfert à Maison-Blanche (Sainte-Anne, 1^{er} décembre 1952). — « Syndrome hétérophrénocatatonique évoluant depuis 1946. Alternatives de phases d'agitation catatonique délirante avec réactions impulsives ou d'apathie et de mutisme. Les rémissions deviennent de plus en plus courtes. A été traitée par trois cures de Sakel, par des implantations placentaires, par des électro-chocs prolongés, par l'encéphalographie gazeuse et des injections intracérébrales. Tout cela sans succès. Morphologie de type acromégalique fruste. Réglée à 20 ans seulement. A transférer. — Dr »

Certificat immédiat (Maison-Blanche, 4 décembre 1952). — « Syndrome hétérophrénique d'évolution déjà ancienne et ayant motivé un séjour, assez prolongé, semble-t-il, à la maison de santé de Ville-Evrard. Interventions thérapeutiques diverses. Indication d'un rythme alternant d'excito-dépression. Subexcitation actuelle. A observer. — Dr »

Certificat de quinzaine (Maison-Blanche, 18 décembre 1952, service du Dr Leconte). — « Syndrome hétérophrénico-catatonique d'évolution ancienne. Depuis son entrée, excitation fréquente ; opposition et agressivité ; réponses dilatoires ; conversation suivie impossible. A maintenir. — Dr »

L'observation médicale rédigée à cette époque (décembre 1952), est ainsi libellée : « Présentation hypomaniaque, grande aisance. Contact facile. Propos délirants d'une variété inépuisable empreints de mégalomanie et d'une tonalité euphorique. Syndrome d'influence, idées d'étrangeté. Impression que toute notion n'a qu'une valeur relative et incertaine. Reste capable d'opérations mentales nécessitant une certaine cohérence des associations. On dit qu'elle a 25 ans, mais elle a des siècles. Vie très compliquée. A été médecin, infirmière, conducteur de sous-marins, pilote d'aviation, a fait son droit et sa pharmacie. Connaît presque toutes les langues. A été mariée, a retrouvé ses enfants plus grands qu'elle. Les personnes de son entourage se substituent les unes aux autres. On l'espionne depuis longtemps. Sa mère est morte depuis longtemps mais elle l'a retrouvée sous la forme d'une religieuse, etc... »

Le comportement est, dès le début, suivi de près par les infirmières du service, qui notent :

Le 13 décembre 1952 : « Enervée depuis quelques jours. Ce matin, a tenté d'étrangler une malade ; très menaçante envers son entourage ; passée au 6^e pavillon. »

Le 17 décembre 1952 : « Malade menaçante et insolente, brutale, lance des coups de pieds dès que l'on s'approche de son lit, crache, résistante pour tout, oppose presque toujours des refus à tout ce qu'on lui propose ; est persécutée, principalement contre une infirmière qu'elle prend pour une personne de sa connaissance et qu'elle considère comme une ennemie. »

Devant cet état d'excitation permanent, on entreprend un traitement par le citrate de lithium pendant un mois, suivi d'une cure de chlorpromazine injectable pendant quinze jours, puis d'une cure de sommeil pendant un mois. La sédation obtenue ne dure pas plus de quelques jours.

On emploie alors successivement : la chlorpromazine en comprimés, deux électro-chocks, puis deux nouvelles cures de chlorpromazine injectable. A plusieurs reprises, le sédol est associé à ces divers traitements.

L'effet est nul sur le comportement. Par contre, les infirmières remarquent qu'à certains moments elle reçoit fort bien la visite de son père et converse calmement avec lui.

Au cours des mois suivants, des médications diverses sont administrées simultanément ou successivement ; principalement, des barbituriques, du chloral, du phénergan, de la chlorpromazine, de l'hydergine même.

Et nous arrivons ainsi en octobre 1955, après six ans et demi de traitements ininterrompus, dont cinq ans et demi d'internement.

L'état de la malade est pratiquement inchangé ; suivons-le par exemple d'après le comportement noté par les infirmières, et nous trouvons :

Le 2 décembre 1953 : « Malade très agitée, cherche toujours à mordre, crache sur ses compagnes ou sur le personnel, résistante pour ses soins, s'agit à chaque fois qu'une piqûre lui est faite, s'alimente bien. »

Le 13 décembre 1953 : « Est, ce jour, encore très agitée, jette des cris perçants, très menaçante, donne de violents coups de pied, s'alimente très bien. »

Le 1^{er} mars 1954 : « Toujours très agitée, de plus en plus violente, fait de violentes colères en répondant à ses voix, très incohérente et délirante, insulte et menace sans cesse le personnel. Dans la matinée, Mme P..., infirmière du service, voulant la recouvrir, Mlle O... lui a attrapé la main et l'a mordu profondément à l'index de la main droite, en faisant une plaie très douloureuse. »

Le 24 mars 1954. — « Sans aucun changement ; le 17 mars, a été sortie dans la cour, a donné un coup de pied à Mlle R... en pleine figure ; s'est dirigée sur une autre malade et lui a donné aussi un coup de pied ; a dû être alitée. S'alimente bien. »

Le 30 novembre 1954. — « Malade toujours alitée, est maintenue vu sa grande agitation presque continuelle ; est très menaçante, a des colères terribles : a pu soulever son lit par les bords qu'elle fait, se cogne la tête aux barreaux, nécessitant un matelas derrière sa tête. Hostile pour tout, très résistante pour ses soins de propreté, s'alimente bien. »

Le 24 septembre 1955. — « Malade agitée, méchante, mord, crache sur le personnel, déchire souvent le linge, souvent se met dans de violentes colères, se cogne la tête dans son lit. S'alimente bien. »

Le 25 octobre 1955 : Nous entreprenons une étude de l'effet des fortes doses des neuroleptiques chez nos malades. Mlle O... est une des premières à en bénéficier.

Essayons de schématiser cette étude dans le cas particulier de Mlle O...

1° *Etat avant cette dernière tentative de traitement*

Psycho-diagnostic. — Syndrome discordant grave caractérisé par l'impossibilité de tout contact, les « réponses à côté », la diffuence des propos, et une excitation psychique permanente avec érotisme diffus.

Somato-diagnostic. — Poids: 70 kilos. Poids: 80. Tension artérielle: 12/7. Note dysendocrinienne marquée par l'allure acromégaloïde, l'acrocyanose, l'infantilisme génital avec aménorrhée.

Bio-diagnostic. — Urée sanguine: 0 gr. 25 ‰. Glycémie: 0 gr. 80 ‰. Vitesse de sédimentation : 5/12/60.

Socio-diagnostic. — Père protecteur ; multiples traumatismes affectifs : mort atroce de la mère, plusieurs échecs sentimentaux, atrocités vues dans les camps de concentration ; jeunesse austère, remariage du père. Préférence des occupations masculines. Actuellement, malade la plus dangereuse de tout le service ; vociférations, violences contre elle et contre les autres. Palmarès thérapeutique aussi riche qu'inopérant.

*2° Les trois premiers mois de traitement**A) Conduite du traitement :*

La chlorpromazine, commencée le 27 octobre 1955, a d'abord été administrée seule, en injections intramusculaires, 50 mgr. par jour pendant un mois, puis par les voies injectable et orale (comprimés à 25 mgr.) combinées ; on atteint 125 mgr. le 26 novembre.

Le 2 décembre (après deux mois et quelques jours d'un traitement à la chlorpromazine seule), on associe la réserpine (comprimés à 1 mgr.), dont on augmente progressivement les doses.

A partir du 21 décembre, les deux médicaments sont administrés exclusivement *per os* ; on atteint à ce moment : 300 mgr. de chlorpromazine, 4 mgr. de réserpine.

Le 31 janvier 1956, on atteint : 400 mgr. de chlorpromazine, 7 mgr. de réserpine.

En février, la dose de réserpine est portée à 8 mgr.

B) Effets notés en cours de traitement :

Dans la sphère du psycho-diagnostic : les premiers effets notés sont la reprise d'une certaine cohérence de la conversation, environ vingt jours après l'association des deux neuroleptiques dans la thérapeutique.

Dans la sphère du somato-diagnostic : la malade gagne ou perd 1 kg. d'une semaine sur l'autre ; légère chute de la tension artérielle maximale à 10 vers le 15 décembre 1955, rapidement réductible par une potion de coramine (100 gouttes) ; pouls : fréquents clochers à 100.

Dans la sphère du bio-diagnostic : aucune modification.

Dans la sphère du socio-diagnostic : un certain calme a été obtenu, huit jours après l'association des deux neuroleptiques ; la malade parle moins, gesticule moins, et on peut désormais se passer des procédés de contention. Elle a cependant présenté à trois reprises une journée d'agitation, dont l'une coïncide avec la réapparition des règles sous l'influence d'un traitement endocrinien. Au bout de deux mois et demi de traitement, la malade reste calme de façon régulière, accepte de s'occuper en tricotant ou en aidant les autres malades.

C) Incidents et correctifs apportés :

Diarrhée, apparue tout au début du traitement, et ayant rapidement régressé par un traitement de quelques jours au laudanum. Somnolence apparue avec netteté à partir du 23 décembre, c'est-à-dire deux jours après l'association des deux neuroleptiques ; a tendu à diminuer à partir du moment où la malade a commencé à s'occuper ; mais il persistait une certaine inertie, contre laquelle on essaya de lutter par l'administration quotidienne de 1 gr. d'acide ascorbique.

Enfin, une hypersalivation est apparue vers la mi-janvier 1956.

3° Pendant les cinq mois suivants

Février à juillet 1956, on observa d'abord rapidement l'aggravation des effets secondaires des neuroleptiques : inertie, hypersalivation, rigidité musculaire si prononcée qu'elle entraînait une gêne de l'ouverture de la mâ-

choire. Devant ces symptômes, on réduisit les doses : de chlorpromazine, à 300 puis 200 mgr. ; de réserpine, à 4 mgr.

L'amélioration ne s'en poursuivit pas moins dans toutes les sphères, et à la fin de février nous nous trouvons devant une malade au contact facile, cohérente dans ses propos, calme, rendant service à tous, et se livrant à un minutieux travail de lingerie (des jours très fins), ou à du tricot. Elle préférerait ces travaux à ceux de l'atelier d'ergothérapie (vannerie). Bref, la transformation a été spectaculaire.

Au mois de mars, nous commençons à employer la technique du traitement discontinu, en interrompant celui-ci : d'abord une fois par semaine, puis deux fois par semaine, puis une semaine sur deux. L'amélioration se maintient de façon stable pendant toute cette période, tandis que les effets secondaires des neuroleptiques s'effacèrent progressivement.

Les 7 et 8 avril, une permission de 48 heures est accordée à la malade ; elle la passe chez ses parents sans aucun incident et en revient radieuse.

En avril, une permission de quatre jours est accordée dans les mêmes conditions. Progressivement, on allonge les permissions : 17 jours en mai, 11 jours en juin. Et le 5 juillet, la sortie définitive est accordée.

La malade travaillera comme secrétaire ; après avoir diminué les doses de neuroleptiques à 100 mgr. de chlorpromazine, 3 mgr. de réserpine, pendant les jours précédant la sortie, l'arrêt complet du traitement est autorisé le jour de la sortie.

4° Le bilan au moment de la sortie

Il nous a permis de préciser l'opinion et les impressions de la malade sur sa maladie et sur les processus de sa guérison. Il y a chez elle, de 1946 à 1955, une lacune mnésique énorme, dont le début correspond exactement aux premiers électro-chocs. Elle ne se souvient absolument pas des différents médecins qui l'ont soignée dans le service ; elle ne se rappelle pas avoir eu des injections dans le crâne ! Elle se souvient seulement qu'elle pensait avoir été enfermée comme une criminelle alors qu'elle n'avait rien à se reprocher ; elle croyait également que sa famille la délaisait totalement. Elle insiste sur le fait que l'avoir « trimbalée » d'ambulance en hôpital, et d'hôpital en voiture sanitaire, tout cela l'aurait beaucoup perturbée.

Les premiers souvenirs remontent à la fin du premier mois de traitement par les neuroleptiques, qui ont permis une reprise de contact avec la malade. Nous nous sommes, en effet, astreints à voir quotidiennement cette malade pendant toute la durée du traitement. Les souvenirs, d'abord flous, se firent de plus en plus précis à mesure que le traitement avançait.

Ce retour progressif à une conscience psychologique normale des événements extérieurs ressemble un peu au mode de guérison d'un état confusional.

A côté de cet aspect individuel de la guérison de la malade, nous soulignerons un aspect « collectif » : l'essai thérapeutique dont a bénéficié cette malade s'est bien fait au sein d'un groupe de malades soumis à la même thérapeutique, groupés dans le même dortoir, mais dans un local archaïque, encombré, sans salle de jour, de soins, ou de réfectoire.

Cependant, les infirmières s'en occupaient tout spécialement et les médecins les voyaient tous les jours. Mais l'importance de la chimiothérapie a été capitale, car les autres soins dataient de trois ans.

En conclusion, quels enseignements peut-on essayer de tirer de l'étude de cette observation ? L'association des deux neuroleptiques semble avoir donné un effet plus complet. Le rétablissement de la confiance et du contact, facilité par les neuroleptiques, semble avoir aussi, par lui-même, joué un rôle dans la guérison.

A la convalescence, comparaison faite avec d'autres malades, des doses encore élevées de neuroleptiques, mais administrées de façon discontinue, nous ont semblé préférables à des doses faibles, mais données de façon continue. Cette technique a en outre l'avantage de stopper les prises de poids importantes.

Les permissions doivent être données également en augmentant progressivement leur durée d'une fois sur l'autre. Enfin, il ne semble plus permis à l'heure actuelle, devant un syndrome discordant grave, de porter un pronostic définitif de chronicité. C'est la notion même de la chronicité en psychiatrie qui est dans son ensemble remise en question.

Telle est l'observation que nous avons cru devoir détacher d'un ensemble de résultats thérapeutiques qui, s'ils n'ont pas toujours permis une sortie, ont totalement transformé l'ambiance du classique pavillon des agitées, que fuyaient naguère certaines infirmières, et qui semble se trouver actuellement parmi les moins difficiles à conduire, du fait de l'action de la réserpine sur l'agitation.



Le D^r Leconte empêché, nous nous permettrons de transmettre ici un dernier commentaire qu'il se proposait de faire du point de vue de l'orientation de l'assistance et des considérations administratives que l'activité des services peut entraîner.

Le D^r Leconte insiste sur la nécessité des statistiques bien faites pour apprécier la véritable portée du mouvement d'un service.

Cette malade a effectivement occupé pendant plusieurs années un lit dans un service de chroniques parmi les centaines d'autres. Elle n'a pas cessé d'être traitée malgré l'immobilisme apparent de la statistique.

L'activité des services doit donc être jugée de très près, et non seulement sur des chiffres ; encore est-il nécessaire que ceux-ci portent sur des malades appartenant à des catégories tout à fait semblables. Or, il existe actuellement une grande inégalité de type dans la répartition des malades dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Enfin, une fois de plus, cette observation laisse entrevoir l'importance de la chimiothérapie et de la médecine en matière de thérapeutique psychiatrique, au détriment des thérapeutiques de choc, qui semblent de plus en plus condamnées.

Parmi d'autres exemples, elle jette également une lueur sur la hié-

rarchie des thérapeutiques vraies et des méthodes accélérées car, jusqu'à l'administration du serpasil, cette malade n'avait jamais pu participer à aucune ergothérapie ni aucune manifestation dite social-thérapeutique, et elle semblait totalement rebelle à toute psychothérapie. Elle est toujours en liberté.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Dans ces observations de guérison spectaculaire de sujets considérés comme atteints d'une forme mentale chronique incurable, il serait très important, à propos de chaque cas, pour notre instruction personnelle, de bien spécifier les caractères particuliers de l'affection. Dans le cas actuel, je ne discuterai pas, après les échecs des comas insuliniques et l'électrochoc-thérapie, l'action remarquable du traitement par le serpasil, mais je ferai quelques remarques à propos du syndrome mental. Je relève d'abord que cette malade a eu plusieurs accès mentaux, qui se sont terminés par une amélioration suffisante pour permettre la mise en liberté. Le dernier accès, qui a eu une durée de cinq ans, a été caractérisé par un syndrome hétérophréno-catatonique avec agitation violente et peut-être un léger état de confusion mentale. Ne pourrait-on pas, c'est une simple hypothèse, considérer ce syndrome comme symptomatique d'une psychose maniaque-dépressive et ayant simulé, comme cela a été déjà observé, une forme de démence précoce ?

Quelques réflexions à propos des hospices spécialisés, par MM. P. BOUR et M. NOSÉDA.

La promiscuité représente souvent l'une des plus grandes souffrances des malades hospitalisés, tant à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, que dans les hôpitaux ou hospices. Deux exemples entre mille, celui du vieillard lucide et valide, côtoyant dans le même dortoir un sénile radotant, toussotant, souillant son lit ou se levant la nuit, ou celui de l'arriéré inoffensif, brimé dans son quartier par des adultes incontrôlés ou pervers, suffisent à attirer l'attention sur l'opportunité d'une ségrégation qui ne soulève pas en général d'objection de principe, mais dont les modalités d'application appellent quelques précisions.

Avec notre collègue, M. Henne, qui, dans sa publication du 25 juin dernier a brossé très pertinemment devant cette Société les principaux avantages de l'hospice spécialisé, nous ne pensons pas qu'il s'agisse là — pour reprendre les termes de la circulaire du 24 mars 1956 (1), à laquelle il fait allusion — d'un « faux problème ». Il impor-

(1) Sans doute reste-t-il à supposer que cette circulaire ministérielle (concernant le 2^e programme quadriennal d'équipement sanitaire et social avec indication des subventions prioritaires) vise plus la création de toutes pièces de nouveaux établissements de ce genre que des aménagements, de coût modéré, permettant l'adaptation de tel établissement ou de telle section d'établissement à une affectation particulière.

terait plutôt, aujourd'hui, où l'unification administrative des services hospitaliers est en train de se faire (1), d'essayer de préciser les indications et les conditions de fonctionnement de ces hospices spécialisés, sans essayer d'escamoter la question par une simple allusion euphorique aux malades « dits chroniques, dont le nombre ira en s'amenuisant, compte tenu des progrès réalisés dans le domaine des thérapeutiques » (2). Sans doute, sera-t-il de quelque utilité en vue d'étayer l'enquête entreprise par l'administration de donner le maximum de précisions sur le sens des termes employés pour catégoriser les sujets qui nous paraissent justiciables de l'hospice spécialisé, ceci à la lumière de notre expérience commune de plusieurs années à la maison départementale des Petits-Prés, qui représente actuellement, en Seine-et-Oise la formule la plus proche de ce type d'établissement.

En 1951, l'asile départemental des Petits-Prés comportait une population disparate de 1.000 pensionnaires environ, représentée essentiellement par le reflux des sujets indésirables des différents hospices régionaux. Soulignons, à cette occasion, le mérite du directeur, qui devait faire face à une telle situation, aggravée par l'embouteillage de l'hôpital psychiatrique interdépartemental de Clermont.

Le recensement médical de la population assistée (pratiqué systématiquement en avril 1951 et 1954) permet de relater :

1° Une grosse proportion de vieillards, que l'on pouvait répartir de la façon suivante :

a) Vieillards handicapés du système nerveux (en nette majorité) :

	en 1951	en 1954
mentalement affaiblis	183	185
(dont 126 en 1951 et 93 en 1955 présentaient de la turbulence ou des troubles mineurs du comportement) ;		
gâteux	23	53
infirmes neurologiques	11	13
Au total	217	251

b) Vieillards présentant des infirmités physiques

diverses	135	51
----------------	-----	----

c) Vieillards lucides et valides	78	72
--	----	----

(1) Décret du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation ; nomination de M. le Docteur Aujaleu comme Directeur général de la Santé publique (*J.O.*, du 1-8-56).

(2) Circul. *id.* du 24-3-56 (incomplètement transcrite dans le dernier numéro de l'*Inform. psych.*).

2° Le reste des sujets (adultes de 14 à 65 ans) répondaient aux catégories suivantes :

d) arriérés mentaux (en nette majorité), selon leur niveau intellectuel :

débilité profonde	110	90
oligophrénie :		
imbécillité	126	245
idiotie	25	52
Au total	261	387

e) Quelques infirmes neurologiques 65 92
(à majorité d'épilept. : 34 en 1951, 49 en 1954).

f) Des infirmes physiques 99 105

3° Enfin, deux formations tout à fait à part, mais insuffisamment isolées du reste des pensionnaires :

g) Un foyer de pupilles de l'Etat, qui comportait en 1951, sur 90 mineurs des deux sexes (de plus de 14 ans), un tiers de sujets de passage et deux tiers de sujets rejetés des établissements de rééducation en raison de leurs gros troubles caractériels ou de leur arriération mentale, d'ailleurs souvent associée. Nous pûmes, non sans mal, réduire le nombre des sujets les plus pervers et les plus déséquilibrés (dont la présence entraînait de multiples perturbations), — cela quelquefois au prix d'un internement — et ne maintenir à l'hospice spécialisé que les pupilles arriérés (65 en 1954).

h) Une section de travailleurs volontaires — équivalent amélioré de l'ancien « dépôt de mendicité » qui, premier rudiment de l'asile, dès 1864, ouvrait ses portes aux Petits-Prés — comprend environ 80 places réservées à des hommes sans emploi, le plus souvent des libérés de peine, à leur sortie de prison, qui sont embauchés sans formalités par le directeur dans la limite des lits vacants. Ces sujets, qui séjournent trois à six mois en moyenne, participent aux travaux agricoles et reçoivent de l'établissement, outre l'hébergement, la nourriture, le vestiaire et le tabac, un pécule proportionnel à leur travail. Si l'on ne peut que souhaiter la pérennité de cette « œuvre d'assistance par le travail », on serait en droit de désirer pour elle un emplacement un peu plus distant des pavillons d'arriérés, en même temps qu'un droit de regard habituel du médecin psychiatre sur le niveau mental, les tendances perverses et les trop fréquentes habitudes d'intempérance de ces sujets souvent tarés ou dévoyés.

Comme on l'imagine, une situation de fait aussi complexe, aussi panachée — rencontrée initialement et qui reste loin d'être une

exception (1) — soulevait à bien des titres et de façon aiguë le problème de la promiscuité et réclamait de la part des services préfectoraux — alertés par l'angoissante carence en équipement psychiatrique du département — un effort immédiat de normalisation.

En effet, tandis que l'hôpital psychiatrique de Clermont surencombré (2) était sur le point de refuser des admissions cherchant des lits disponibles pour évacuer ses vieillards diminués et inoffensifs, ses arriérés ou ses indigents rétablis, 150 dossiers de demande de placement ou de transfert en hospice pour des vieillards presque tous handicapés — à majorité de femmes — restaient en instance dans les bureaux de l'aide sociale.

C'est dans ces conditions, et pour faire face à des besoins aussi particuliers, que nous fûmes chargés par M. le Préfet de prévoir un renforcement du cadre du personnel hospitalier, un accroissement de la capacité de l'établissement et divers aménagements, enfin et surtout une refonte de son règlement intérieur.

Les problèmes rencontrés lors de cette tentative d'adaptation de l'établissement au glissement progressif et jusque-là tout empirique de son affectation méritent quelques remarques, tant en ce qui concerne l'encadrement de « la maison départementale des Petits-Prés » qui, débaptisée « asile », devenait un hospice spécialisé sous la responsabilité médicale d'un psychiatre à temps plein, que de la discrimination des sujets hébergés, tous handicapés du point de vue neurologique ou mental, à condition qu'ils ne fussent point dangereux.

I) DISCRIMINATION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ASSISTÉS

Remarques préliminaires : Il n'est pas toujours aisé d'ajuster le vocabulaire psychiatrique à la complexité des troubles observés, surtout lorsqu'ils touchent à la fois la sphère mentale et la sphère neurologique. Pour répondre à un effort de clarification en cas de troubles associés, nous avons rangé les sujets sous la rubrique de leur trouble dominant. Par ailleurs, il ressort en définitive que, plus encore que la désignation exacte du diagnostic, c'est la décision du maintien du sujet en hospice spécialisé sous la responsabilité médicale du médecin psychiatre qui importe.

(1) A l'hospice départemental de Saint-Venant, déjà presque entièrement spécialisé et fonctionnant sous le contrôle psychiatrique d'un médecin du cadre (attaché à l'H. Ps. voisin), on relève en 1955, sur un effectif de 230 pensionnaires : 18 vieillards (affaiblis ou handicapés), 160 adultes presque tous arriérés (avec quelques infirmes neurologiques et quelques femmes indigentes ou socialement inadaptables, mais que cet hospice a permis de soustraire au régime de l'internement), 106 mineurs (dont 26 oligophrènes et 22 infirmes physiques), 58 pupilles de l'Etat à majorité de débiles profonds. Une école de perfectionnement de 80 places pour enfants débiles légers des deux sexes se trouve juxtaposée à cet ensemble en attendant qu'elle ne soit transférée plus rationnellement près d'un grand centre urbain.

Il serait intéressant de multiplier les recensements comparatifs en particulier dans les différents hospices départementaux.

(2) Dont l'effectif global dépassait 3.500.

1° LES VIEILLARDS :

A) *Ceux dont la place nous paraît indiquée à l'hospice spécialisé* sont ceux dont le voisinage est devenu particulièrement pénible à des vieillards lucides dans les hospices généraux, et ceci du fait du déclin de leur système nerveux qui, pour autant qu'il n'entraîne point de danger pour eux ou pour autrui, ne relève point de l'internement. Ce sont :

1) les affaiblis intellectuels (1), qui peuvent présenter : soit un déficit mineur tel que de grosses lacunes de mémoire, de la fabulation, une tendance à se croire revenus aux scènes de leur enfance ; soit une véritable démence avec désorientation temporo-spatiale, mais avec conservation (souvent euphorique) de la docilité à l'égard du personnel soignant ;

2) les infirmes neurologiques, ce sont les aphasiques — qu'on a pu voir considérés comme des mentaux —, les apraxiques, les pseudo-bulbaires, les parkinsoniens, les épileptiques, les porteurs de séquelles encéphalitiques ;

3) les gâteux, dont l'infirmité se double bien souvent de déchéance intellectuelle, gagnent — pour des raisons d'hygiène — à être rassemblés dans un même dortoir. Ils relèvent tous d'une surveillance particulière, et c'est le renforcement des effectifs du personnel soignant attaché à leur récupération fonctionnelle qui obviendra à cet inconvénient tout autant que l'utilisation d'un matériel spécialisé approprié aux cas malheureusement inévitables d'inertie sphinctérienne lésionnelle et définitive.

B) *Ceux qui nous paraissent devoir être éliminés* du cadre de l'hospice spécialisé sont tous les vieillards dangereux, en particulier les mélancoliques, les maniaques, les délirants hallucinés, les déments incohérents et impulsifs ou fugueurs, relevant tous de la loi de 1838. Par contre, de l'autre côté de la barrière, combien d'entre nous auront remarqué — et signalé — le transfert urgent du samedi par placement d'office de telle petite vieille qui, par une incartade envers sa voisine avait entraîné dans son hospice une petite révolution de dortoir et qui se réveille le dimanche matin tout à fait calme... à l'hôpital psychiatrique, mesure sans doute abusive qu'un personnel d'hospice plus averti aurait suffi quelquefois d'éviter.

C) *Des cas plus discutables* sont par exemple des vieillards qualifiés du terme ambigu de « turbulents » ou de « difficiles » qui sont, en règle, diminués du point de vue mental, mais dont le comporte-

(1) Nous laissons volontairement de côté l'étiologie où se partagent la sénescence neuronale, les altérations vasculaires et l'atrophie corticale pour laisser à notre classification son caractère éminemment pratique.

ment, sans être dangereux, laisse à désirer et met le désordre dans une salle (ainsi celui qui manifeste une propension à se lever la nuit, à caresser l'oreiller de son voisin ou à faire une navette continuelle jusqu'au siège des water-closets).

A défaut d'un aménagement satisfaisant et d'une possibilité d'isolement de tels sujets à l'intérieur de l'établissement — ce qui pose le problème d'une infirmerie spécialisée que nous aborderons un peu plus loin — il nous paraît préférable de recourir encore actuellement pour eux à la loi de 1838.

2° LES ARRIÉRÉS :

Remarques préliminaires : On connaît la solution anglaise ou scandinave de ségrégation radicale des arriérés mentaux (ou « défectives ») dans des organisations particulières régies par une loi distincte de celle applicable aux sujets déséquilibrés.

On a reproché à cette solution l'accablante concentration d'arriérés (1) rencontrée dans certaines « colony » d'hospitalisation ainsi que l'isolement du médecin psychiatre (2). Néanmoins, l'un de nous a pu constater, au cours d'un voyage d'étude à la Hortham Colony, près de Bristol, les aspects tout à fait positifs de ce mode d'assistance aux arriérés hospitalisés (3). Grâce à une organisation de travail remarquablement adaptée, grâce à des récréations dirigées où le sens du rythme est utilisé avec le maximum de profit, ces sujets déshérités donnent l'impression d'avoir retrouvé ensemble le bonheur de vivre.

Si l'on excepte les sujets atteints de débilité légère (quotient intellectuel égal ou supérieur à 0,70) et certains débiles profonds qui peuvent s'adapter à une vie sociale, on peut dire que l'ensemble des arriérés mentaux auxquels ne peut être assurée une tutelle particulière devraient pouvoir, quel que soit leur âge, bénéficier du régime de l'hospice spécialisé : soit après 14 ans, sous l'égide de la loi d'aide sociale, soit avant 14 ans, sous bénéfice du décret du 14 mars 1952 (aide aux enfants de moins de 15 ans, aveugles, sourds-muets et inadaptés mentaux).

A l'intérieur de l'établissement spécialisé, il importe, après avoir fait tester systématiquement les sujets à leur entrée, de les répartir par pavillons ou par dortoirs avec le maximum d'homogénéité, en tenant compte de leur âge mental.

A) *Les débiles profonds* (quotient intellectuel de 0,50 à 0,70). — En

(1) Auxquels s'ajoutaient, faute de place, bon nombre de pervers d'ailleurs prévus au « mental deficiency Act » (moral insane).

(2) Les auteurs anglais semblent revenir aujourd'hui quelque peu sur leur première conception en vue de remédier à ces inconvénients.

(3) Cf. réussite de Rampton rapportée par H. Ueberschlag (*Inform. psych.*, octobre 1955).

attendant qu'une organisation extra-hospitalière suffisante permette, par des contrats de travail appropriés, d'utiliser ces sujets à faible rendement au dehors, ce qui serait la solution idéale, il faut prévoir encore, dans les années à venir, un nombre important de places pour eux en hôpital psychiatrique, en particulier pour ceux qui présentent une infirmité physique surajoutée (ce qui n'est pas exceptionnel). Ces sujets seront les plus aptes à s'adonner aux tâches matérielles d'entretien de la maison ou de la petite culture.

B) *Les imbéciles* (quotient intellectuel inférieur à 0,50, dont l'âge mental ne dépasse jamais 7 ans), qu'il reste illusoire, en règle générale, d'espérer reclasser, figureront toujours pour une part importante sur l'effectif de l'hospice spécialisé, malgré tous les efforts légitimes qu'il convient de faire en faveur de leur assistance à domicile, aussi le psychiatre aura-t-il soin d'établir un emploi du temps à leur mesure en dirigeant à la fois leurs loisirs et leurs occupations, seule façon de prévenir chez eux les fréquentes déviations sexuelles ou les troubles caractériels.

C) Quant aux idiots (dont l'âge mental ne dépasse jamais 2 ans et dont les manifestations vitales apparentes sont surtout d'ordre végétatif), on ne saurait trop insister sur le nombre des drames cachés qu'ils occasionnent au sein des foyers les plus honnêtement constitués. Nous connaissons la mère qui s'attache d'abord coûte que coûte à cacher son enfant anormal puis à lui éviter l'internement qu'elle estime injustifié jusqu'à ce que l'enfant, gâté par elle à son insu, ne surajoute à sa monstruosité somatique une monstruosité affective inconsciente plus redoutable encore et produise de véritables ravages sur les éléments sains de l'entourage familial immédiat. De telles familles accepteraient plus facilement de placer leur enfant à la « maison départementale », où elles seraient susceptibles de recueillir les directives d'un psychiatre. C'est du moins ce qu'aura compris la famille de cet idiot qui atteignait 58 ans en 1954 et dont la tranquillité était assurée par le maniement d'une petite auto et d'un moulinet en celluloid : exprimait-il par son air béat son contentement d'avoir — en acceptant sa place à l'hospice spécialisé — épargné à sa famille beaucoup de peine et à la société beaucoup d'argent ?

Les idiots doivent être répartis à l'intérieur du pavillon ou de l'étage qui leur est réservé en deux catégories, quel que soit leur âge réel : les alités souvent gâteux qui réclament des soins d'hygiène incessants qu'une table de lavage saura faciliter. Encore, chez certains d'entre eux, parviendra-t-on par le dressage à récupérer un fonctionnement des sphincters ou l'habitude de manger seuls ; les sujets levés peuvent toujours accroître à l'hospice leurs faibles acquisitions si l'on sait canaliser leur activité neuro-musculaire sur des occupations tout à fait élémentaires comme le maniement de terre à modeler dans une petite pièce aux murs lavables conçue pour cette destination.

3° LES ÉPILEPTIQUES :

Ne devraient-ils pas être éliminés du cadre d'un hospice spécialisé, soit du fait de leur niveau mental parfois satisfaisant qui trancherait alors — désavantageusement pour eux — sur celui du reste de la population assistée, soit, au contraire, du fait de leurs gros troubles du comportement ou du jugement qui obligeraient à les reléguer à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique ?

En pratique, d'après notre expérience, la plupart des épileptiques chroniques hébergés aux Petits-Prés se situeraient entre ces deux extrêmes. Les uns présentaient une baisse intellectuelle, qui les plaçait au même niveau que les autres assistés. Les perturbations thymiques des autres ou leurs difficultés caractérielles intermittentes — souvent proportionnelles à la fréquence des crises qu'elles suivent ou précèdent — obligeraient à garder ces sujets sous surveillance médicale régulière.

Enfin, même en ce qui concerne les épileptiques à niveau mental bien conservé et à crises rares, on connaît les difficultés rencontrées pour leur reclassement professionnel — dont il a été beaucoup discuté encore tout récemment —. N'y aurait-il pas à inscrire, parmi les modes d'assistance à rechercher pour eux l'accès en deux temps à la tâche d'aides hospitaliers dans le cadre de l'hospice spécialisé ? Dans un premier temps, ils se contenteraient, moyennant un certain pécule, de seconder l'infirmière sous la surveillance de laquelle ils seraient placés (1).

Or, nous avons été surpris nous-mêmes du rendement de travail et de la générosité dont étaient capables certains de ces malades autrefois volontiers désabusés, dès qu'ils étaient placés dans ces conditions de travail et chargés d'une certaine responsabilité à l'égard des sujets plus déshérités qu'eux. Dans un second temps, il conviendrait de faire accéder les sujets suffisamment stabilisés dans cette nouvelle tâche à un emploi réservé pour épileptiques (2) correspondant en gros à la position d'aide-servant et dont il resterait à étudier les clauses particulières.

4° Enfin, plus d'une centaine de sujets socialement nécessiteux après un séjour de plusieurs années à l'hôpital psychiatrique de Clermont ont pu, dès 1955, être assimilés sans inconvénient (3) aux Petits-Prés, — quelquefois avant leur réadaptation complète — ce qui donnait alors de surcroît, à la maison départementale, un rôle bien apprécié de post-cure.

(1) Également pour la fidélité à leur propre traitement. Cette solution offre l'avantage de ne pas concentrer ces sujets dans un même quartier, mais au contraire de les disséminer au maximum dans les différents pavillons ou dortoirs de l'établissement.

(2) Dans la ligne préconisée par S. Follin et L. Vidart dans les conclusions de leur très intéressant article sur l'assistance aux épileptiques (*Inform. psych.*, décembre 1955).

(3) Les habitudes de discipline prises à Clermont rendaient paradoxalement leur présence souvent plus facile à l'établissement que celle des nouveaux admis.

II) EN CE QUI CONCERNE LE NOUVEL ENCADREMENT NÉCESSAIRE

1° Il était prévu, dès 1952, à la maison départementale des Petits-Prés, un médecin psychiatre à temps plein, et le ministère a montré dans la récente nomination de notre collègue Lauzier qu'il donnait sa préférence au choix d'un médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques. Pour un établissement dépassant en capacité un millier de lits s'imposait la présence d'un médecin résidant ; dans un hospice spécialisé de moindre capacité, la présence à demeure d'un médecin psychiatre, sur place ou dans un voisinage immédiat, semble également une condition inséparable de son bon fonctionnement. Aux Petits-Prés, le recrutement fut grandement facilité par la proximité de Paris ; dans les départements où l'hospice spécialisé se trouverait éloigné de toute agglomération importante, il paraîtrait souhaitable, pour accroître l'intérêt technique du poste, que le médecin psychiatre soit également chargé d'un petit contingent — absolument séparé — de malades entièrement récupérables, comme par exemple un « quartier psychiatrique » régi par la loi de 1838, une section anti-alcoolique ou une section de post-cure.

Les attributions du médecin-chef spécialisé en psychiatrie dépasseront obligatoirement celles du médecin-chef désigné habituellement pour la surveillance des hospices, qui consacre le meilleur de son temps à sa clientèle particulière. En corollaire, de la responsabilité qu'il assume, et sur laquelle repose le fonctionnement harmonieux de l'établissement, le médecin-chef du service assure, après une mise en observation de quelques jours, la répartition des malades dans les différents pavillons en tenant compte de leur niveau mental ou de leur infirmité neurologique. Il a autorité sur l'ensemble du personnel hospitalier, « dont il répartit et contrôle la tâche » (1). Il note ce personnel (2) et contribue à sa formation professionnelle par un enseignement qui gagnerait à être homologué avec celui reçu par le personnel servant des hôpitaux psychiatriques. Enfin, il prescrit les traitements et organise l'ergothérapie. Un rôle aussi vaste se conçoit difficilement sans l'aide d'un ou de deux internes en médecine en même temps que d'une psychologue testeuse et d'une assistante sociale.

2° *Le personnel hospitalier* doit normalement comporter (à défaut de personnel congréganiste déjà rodé à ces tâches toujours ingrates, comme c'est le cas aux Petits-Prés), des infirmières diplômées d'Etat ayant de préférence déjà exercé dans un hôpital général et qui peu-

(1) Art. 21 du nouveau règlement intérieur des Petits-Prés (approuvé par le Ministère et qui sert de base à l'expérience actuelle).

(2) Une notation parallèle est prévue de la part du Directeur qui conserve son autorité administrative (art. 45 du règlement intérieur, *ibid.*). La notation définitive étant prévue depuis le décret du 23 mai 1955 par l'autorité (ici préfectorale) investie du pouvoir de nomination « après avis du chef de service et, éventuellement, du Directeur de l'établissement » (art. 23, titre V du décret précité).

vent prétendre au poste de surveillante infirmière, ce qui représente un avantage matériel appréciable (la plus compétente et la plus ancienne d'entre elles étant appelée à jouer le rôle de surveillante générale).

Le reste du personnel servant recruté sur place, sans aucune préparation particulière, comme c'est le cas du recrutement dans la plupart des hôpitaux psychiatriques, pourra bénéficier, dès à présent, d'un enseignement général leur permettant d'accéder très rapidement au grade d'aide-soignant (1). Par ailleurs, à titre d'encouragement, pour ce personnel, il serait normal de prévoir des indemnités supplémentaires pour ceux dont la tâche est la plus ingrate (comme auprès des idiots ou des gâteux). Certes, il n'est pas exclu que les agents les plus doués, une fois obtenue l'homologation d'un enseignement plus complet conforme au programme suivi dans les hôpitaux psychiatriques, parviennent à l'indice et au titre d'infirmier ou d'infirmière spécialisé en psychiatrie, mais en fin de compte, il est bon de ne jamais perdre de vue que, plus encore que sur la compétence et la qualification absolument indispensables de ces agents, c'est sur leur dévouement et leur patience que le médecin-chef devra miser pour apporter un effectif soutien à ces malades déshérités.

Trois points particuliers au fonctionnement de l'hospice spécialisé restent à envisager : celui de l'ergothérapie, de la réglementation des sorties et de la protection éventuelle des biens.

3° *Ergothérapie*. — S'il est difficile de prévoir pour les vieillards handicapés du système nerveux (incapables d'occupations durables et rentables) autre chose que des salles de séjour suffisamment vastes, éventuellement mixtes, avec des livres d'images ou des jeux de société simples et variés... pour les enfants, les adolescents ou les adultes arriérés mentaux, c'est le travail dirigé et adapté à leurs possibilités qui donnera à l'établissement son atmosphère positive et représentera son meilleur critère de vitalité.

Ici, il importe de distinguer deux ordres de travaux très différents et tous deux absolument nécessaires :

1) La participation à l'entretien de la maison ou des terres était déjà largement exploitée à notre arrivée au point d'entraîner une réduction non négligeable de la main-d'œuvre requise pour l'arrachage des pommes de terre ou des betteraves, l'épluchage, le transport des repas, les vidanges, la ferme, le potager, ou les serres (garçons), la buanderie, le repassage, la lingerie ou les courses (filles) et de permettre l'octroi aux intéressés d'un petit pécule.

2) Mais cet aspect spontané et rentable en deniers de l'ergothérapie

(1) Arrêtés ministériels du 23-1-1956 et 19-7-1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.

ne concerne qu'une partie des pensionnaires arriérés et ne doit pas faire sous-estimer la nécessité d'occuper utilement les autres.

A n'en prendre pour témoin que la transformation complète d'une salle de séjour où déambulaient oisives une quarantaine de filles du niveau de l'imbécillité ou de l'idiotie, s'agaçant entre elles, en une pièce studieuse et silencieuse où, des heures durant, les mêmes filles accoudées autour d'une table s'appliquaient à effiloche des débris d'étoffe (1), il faut bien convenir de ce postulat — d'ailleurs également valable à l'hôpital psychiatrique (et notre collègue H. Ueberschlag ne nous contredira certainement pas sur ce point) que la facilité de surveillance des sujets hospitalisés à long terme est directement proportionnelle à leur possibilité d'occupations. A cet avantage pratique considérable, puisque susceptible d'améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier, il faut ajouter celui de stabiliser ces sujets diminués et surtout de les revaloriser, comme nous l'avons constaté maintes fois à la Hortham Colony, non seulement à leurs propres yeux (ce qui n'est pas très difficile), mais aux yeux de leur entourage ou de leur famille, à qui ils sont fiers de présenter le moindre objet fabriqué de leurs mains.

Ceci nous conduit à préconiser à l'hospice spécialisé l'organisation dans tous les quartiers d'arriérés, sous la direction du médecin psychiatre, de petits ateliers de cure avec les matériaux voulus et l'aide de membres du personnel servant ou infirmier spécialement recrutés et formés dans ce but (2).

4° *La réglementation des sorties.* — A l'égard de la libre sortie hors de l'enceinte de l'établissement — à certaines heures de la journée — accordée primitivement (3) à tous indifféremment, puis secondairement « à tous les hospitalisés désignés par le médecin-chef comme pouvant bénéficier de ce régime » (4), deux attitudes opposées peuvent se faire jour : la première tendrait à réduire au minimum ce droit de sortie dont les intéressés — presque tous infirmes mentaux — risquent de faire mésusage ou de méconnaître les bienfaits ; la seconde consiste — par exemple à la veille des élections — à dresser bien haut et indistinctement la bannière de la liberté individuelle.

En fait, il nous apparaît que la limitation individuelle des sorties (5) devient à l'intérieur de l'hospice spécialisé une question proprement médicale. Ainsi, sous notre responsabilité médicale que nous

(1) La charpie ainsi obtenue servait à la confection de coussins.

(2) Des stages de courte durée comme aux ateliers du Claireau (S.-et-O.) sont particulièrement désignés pour permettre une initiation professionnelle accélérée aux membres du personnel hospitalier.

(3) « Après le petit déjeuner du matin jusqu'au coucher du soleil » (ancien règlement intérieur).

(4) « De 14 h. à 17 h. et le dimanche entre le petit déjeuner et le dîner », sauf dérogations (nouveau règlement intérieur, art. 116).

(5) Réservée au Directeur et à titre de sanction en cas d'ivresse dans l'ancien règlement intérieur.

avons pris l'habitude d'inscrire sur l'observation psychiatrique de chaque assisté — à côté de ses aptitudes au travail — les mentions : « sortie libre », « sortie accompagnée » (1) ou sortie contre-indiquée ». Cette dernière restriction dont ne peuvent aucunement souffrir les alités, les idiots ou les vieillards très affaiblis suppose pour les autres, dont le contrôle cérébral reste imparfait (2), un régime d'isolement relatif à l'intérieur de l'établissement. C'est dans ce but que furent édifiés, à la maison départementale des Petits-Prés, deux pavillons d'infirmerie spécialisée (comprenant chacun — l'un pour les femmes, l'autre pour les hommes — 80 lits environ, répartis en petits dortoirs, salles de jour, avec un nombre appréciable de chambres particulières).

Cet isolement rationnel des malades à l'infirmerie spécialisée (3) — tout à fait comparable à celui qu'impose sans contestation l'existence d'une maladie physique chez les hospitalisés (4) — permettra la mise en observation et souvent le traitement de troubles légers ou transitoires du comportement, ce qui, dans bien des cas, épargnera aux assistés le transfert toujours onéreux à l'hôpital psychiatrique.

5° *La question de la protection des biens* des sujets admis à l'hospice spécialisé, pour autant qu'elle ne se pose qu'exceptionnellement, comme l'a souligné notre collègue, M. Henne, en raison du caractère indigent de la population assistée, ne doit pas être éludée. En effet, déjà à maintes reprises, la direction de la maison départementale des Petits-Prés a dû régler non sans difficulté des affaires de succession ou de vente d'un immeuble en viager pour lesquelles étaient requises les signatures de vieillards diminués, ou encore gendарmer en vue de recouvrer auprès de familles intéressées le montant de la retraite aux vieux travailleurs, revenant de droit aux assistés après leur admission aux Petits-Prés.

Par ailleurs, on peut imaginer que plus d'une famille, non indigente, mais nécessiteuse ou socialement embarrassée, serait heureuse de pouvoir par la suite recourir à la maison départementale nouvellement réorganisée, augmentant ainsi le nombre des pensionnaires payants (5). Dans tous ces cas se posera à plus ou moins lointaine échéance la question de la sauvegarde des biens d'intéressés pratiquement privés de moyen de défense, ainsi que de leurs ayants-droit.

Tant qu'il ne s'agit encore que d'exceptions, il serait tentant,

(1) On sait que les promenades en groupe suffisent à contenter les plus arriérés.

(2) Parmi lesquels les trop nombreux alcooliques à désintoxiquer.

(3) Prévu explicitement dans la première version de l'article 116 du nouveau règlement intérieur : « Les malades admis à l'infirmerie ne sortent pas au dehors, de même que certaines catégories d'hospitalisés, pour des raisons d'ordre médical », et devenu possible tout récemment par l'ouverture d'un des deux pavillons.

(4) Cf. infirmerie de l'hospice de Sainte-Perrine à l'A.P. de Paris.

(5) Actuellement cantonnés dans un pavillon isolé, la donation Godillon Barratin réservée par legs « à des vieillards et convalescents des deux sexes ».

à priori, de recourir au Conseil judiciaire prévu à l'article 513 du code civil, précisément à l'égard des « prodigues et des simples d'esprit », mais la complexité de la procédure actuelle rend, on le sait, cette mesure (aussi complexe et enchevêtrée que celle de l'interdiction) à peu près inapplicable (1).

Il conviendrait donc plutôt de se tourner aujourd'hui vers la solution collective d'une administration provisoire des biens des hospitalisés, confiée — selon les dispositions prévues dans les quartiers psychiatriques des hospices régis par la loi de 1838 (2) — à l'un des membres de la commission administrative ou de surveillance de l'établissement. Ne serait-ce pas ainsi désigner implicitement certains hospices déjà pourvus de « quartiers psychiatriques — pour héberger et assimiler, sans grande modification administrative, les catégories de sujets précisées plus haut ?

CONCLUSIONS

En résumé, les besoins en lits d'hospitalisation pour des sujets présentant un déficit durable de leur système nerveux — sans gros déséquilibre mental — mais dont les chances de reclassement social restent à peu près nulles, nous ont conduit à suivre à la maison départementale des Petits-Prés en Seine-et-Oise, au cours d'une expérience de cinq années, l'amorce du fonctionnement d'un hospice spécialisé qui pourra faire ses preuves dans les années à venir et qui appelle de notre part les remarques suivantes :

1° L'existence d'hospices spécialisés nous apparaît éminemment souhaitable, particulièrement dans les départements d'une grande densité de population et sera grandement facilitée par la proximité immédiate d'un établissement régi par la loi de 1838 (hôpital psychiatrique comme à Saint-Venant — nouvelle section de 300 lits en voie de création aux Petits-Prés — ou quartier psychiatrique à l'intérieur même de l'hospice) ou, à défaut, tout au moins d'une section anti-alcoolique ou d'un centre de post-cure.

2° Les catégories de sujets à admettre dans de tels établissements peuvent être schématisées comme suit :

(1) Un assouplissement a été prévu par la Commission de réforme du Code civil (travaux de 1951) après avis de la Commission d'Hygiène mentale.

(2) Un décret tendant à rendre applicables aux Hospices spécialisés les seules dispositions de la loi de 1838 concernant l'administrateur provisoire des biens — en étendant en même temps ses pouvoirs du fait de l'hospitalisation à long terme des arriérés — permettrait, il nous semble, d'alléger l'encombrant appareil législatif de 1838 — insuffisamment nuancé aujourd'hui, compte tenu des progrès de la psychiatrie — en le faisant évoluer dans un sens revendiqué déjà par bon nombre d'entre nous (cf. Avant-projet de la Loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux : X. ABÉLY, art. 78 et 79 du projet. *Inform. psych.*, 1946, nos 6, 8, 9 et 10).

a) *Sujets dont la présence est compatible avec un bon fonctionnement de l'hôpital spécialisé :*

Vieillards handicapés du système nerveux : affaiblis intellectuels, infirmes neurologiques, gâteux.

Arriérés mentaux (de plus de 14 ans) : débiles profonds, imbeciles, idiots.

Epileptiques.

(Dans tous ces cas, pas de gros troubles du comportement, pas d'indication d'internement).

b) *Sujets à retrancher de l'établissement :*

Vieillards normaux ; infirmes physiques (d'un bon niveau intellectuel) ; troubles mentaux relevant de la loi de 1838 ; perversité ou gros troubles durables du caractère (adultes ou adolescents).

c) *Cas limites (lorsque existe une infirmerie spécialisée) :*

Certains vieillards légèrement turbulents ; certains infirmes physiques présentant un léger déséquilibre nerveux ; certains troubles du comportement ou épisodes mentaux tout à fait transitoires observés chez les arriérés ou les vieillards (en cas d'aggravation, recours à la loi de 1838) ; certains sujets indigents ou sans secours social (à leur sortie de l'hôpital psychiatrique où ils ont fait un séjour prolongé).

d) *Catégories à adjoindre à l'hôpital spécialisé :*

Les enfants arriérés de moins de 14 ans du niveau de l'idiotie ou de l'imbecillité.

3° Le fonctionnement harmonieux des hospices spécialisés implique :

a) la responsabilité médicale d'un médecin psychiatre résident. Celui-ci peut être, ou bien recruté à temps plein comme aux Petits-Prés, étant donné l'important effectif de l'établissement (plus de 1.200 lits en 1956), ou bien résider à l'hôpital psychiatrique voisin comme à Saint-Venant ;

b) un renforcement des cadres du personnel soignant ;

c) enfin la refonte du règlement intérieur, qui codifiera le mode de sortie des pensionnaires et laissera la possibilité d'instituer, au sein de la commission administrative ou de surveillance, un administrateur chargé de la protection des biens.

DISCUSSION

M. P. BOUR. — « Je remercie le D^r Daumézon de ses très heureuses suggestions et ne verrais pour ma part que de sérieux avantages — lorsque le permettent les contingences locales si impérieuses en la matière — de morceler l'ensemble du contingent des malades catégorisés dans notre publication, en séparant en particulier les vieillards des arriérés et en constituant des groupes plus réduits à caractère plus familial au sein d'hospices spé-

cialisés... ou plutôt — si l'on veut supprimer ce que le terme d'hospice peut avoir aujourd'hui, pour certains, de péjoratif — de « *maisons d'accueil* » de faible capacité.

M. G. DAUMÉZON. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention la très intéressante communication de M. Bour, et je suis heureux de le voir faire ainsi des propositions qui viennent rencontrer les vérités premières que, dans un rapport à la commission des maladies mentales, MM. Hamon, Ey, Fouquet et moi-même avons présenté en 1954. Nous disions, en effet, que le véritable hôpital psychiatrique devait traiter les malades mentaux ordinaires et qu'on devait, à côté, traiter les déficitaires congénitaux ou acquis.

Je me bornerai donc à quelques notations qui, pour la plupart, viendront confirmer l'exposé de M. Bour, ou insister sur quelques aspects qu'il a signalés mais qui me paraissent particulièrement importants.

En ce qui concerne les vieillards, je pense qu'on ne saurait trop insister sur la *plasticité des aspects déficitaires* : tel vieillard placé dans son cadre ne paraît en rien dément sénile, déraciné de ce dernier, privé de tout ce qui lui permettait de se reconnaître dans le monde, il nous semble un dément profond. Quand on constate que nombre d'entrées de déments séniles n'ont d'autre source que la perte de leurs soutiens sociaux et économiques naturels : conjoint, enfant, etc..., on est amené à redouter pour eux le placement dans de grandes communautés nosocomiales où leurs troubles s'exagèrent aussitôt, et à penser que la forme d'encadrement la plus adaptée, et en même temps la plus économique, est sans doute le foyer de vieillards à effectif très limité.

Il semble aussi que le *développement actuel de la gérontologie* offre des possibilités qui ont été un peu sous-estimées, et qui ne peuvent être exploitées qu'à condition de prévoir, pour le service de vieillards, un équipement et un effectif médical au moins égal à celui d'un service hospitalier ordinaire, c'est-à-dire supérieur à celui d'un hôpital psychiatrique français de 1956.

Je donnerai à peu près mon accord à tout ce que M. Bour a dit sur les services de déficitaires, en particulier sur la nécessité de répartir les épileptiques dans l'ensemble des sections, sans attacher une importance qu'elles n'ont pas aux manifestations proprement comitiales.

Qu'il me soit permis d'insister sur certains aspects qui semblent avoir dicté les réalisations particulièrement intéressantes en cette matière des pays scandinaves : l'assistance aux sujets déficitaires a, ici, pour origine, l'application stricte de la loi sur l'obligation scolaire, qui a été heureusement interprétée comme contraignant les pouvoirs publics à fournir un milieu éducatif aux sujets même de très bas niveau. Je crois que la raison profonde de ce zèle doit être recherchée dans le malaise latent que fait naître une législation eugénique entraînant des stérilisations nombreuses (et au total peu efficaces). Lorsqu'on a stérilisé un grand nombre de sujets pour des raisons eugéniques, on se sent des obligations à l'égard des arriérés.

Au total, la seule critique sérieuse que je ferais à l'exposé de M. Bour serait d'avoir accepté le cadre traditionnel de l'hospice. Je n'ignore pas qu'il a utilisé un des moyens que nous fournit, actuellement, la législation en vigueur. Mais nous savons malheureusement que l'hospice, dans l'esprit des pouvoirs publics, est un lieu d'hospitalisation où l'activité médicale est considérablement réduite, sinon presque abolie, par rapport à l'hôpital. Or, si je souhaite ardemment l'élimination des sujets déficitaires de l'hôpital psychiatrique, ce n'est pas pour abandonner ces derniers. L'expérience des réalisations étrangères montre que, pour avoir des établissements gérontologiques efficaces, des établissements pour déficitaires pleinement utiles, il faut y prévoir un encadrement supérieur à celui de l'hôpital psychiatrique français de 1956. Il faut que l'influence médicale leur soit pleinement recon-

nue. En un mot, il leur faut une direction médicale que nous ne connaissons pas encore dans les hôpitaux psychiatriques et qui est aujourd'hui inconcevable dans un établissement ayant la structure administrative et économique de l'hospice.

M. Bour a encore soulevé d'autres problèmes, sur lesquels il serait trop long de prendre position, mais étant donné l'importance et l'urgence de l'examen pratique de la question qu'il nous a proposée, je suggère que la Société désigne une commission qui établirait un plan, synthèse de l'expérience de ses membres, et qui serait présenté aux pouvoirs publics.

Parallélisme des troubles psychiques et hormonaux dans un cas d'hypercorticisme surrénal, par MM. Xavier ABÉLY, M. DELAVILLE, P. GUIRAUD, J. BROCHERIOU, A. GREEN et G. ROSOLATO.

Nous rapportons un cas d'hypercorticisme surrénal dont l'exposé complet doit paraître dans la presse médicale générale. Nous désirons développer ici le côté psychiatrique de cette observation, qui montre une étroite corrélation entre les troubles mentaux et les troubles endocriniens.

Auparavant, nous résumons rapidement le cas. Nous avons hésité à lui donner le nom de maladie de Cushing car, sur bien des points, il s'écarte de la description classique de ce syndrome : anatomiquement, notre malade était atteinte d'un adénome non basophile de l'hypophyse antérieure avec consécutivement une hyperplasie considérable des deux cortico-surrénales ayant même abouti à la formation de petits adénomes. Les deux glandes pesaient respectivement 32 et 29 gr., le poids normal étant de 6 à 7 gr. Biologiquement, on constatait une élévation importante des corticoïdes réducteurs (11-oxycorticostéroïdes) et surtout un taux énorme des 17-cétostéroïdes, qui faisait du cas une forme à nette prédominance androgène. Les électrolytes avaient une dose normale sauf une kaliémie terminale. Cliniquement, on observait un tableau correspondant : des troubles métaboliques portant sur la peau, les muscles, les os (l'obésité étant cependant tardive ainsi que la glycémie franche), et surtout un syndrome de virilisme avec notamment une hypertrichose marquée. La tension artérielle est toujours restée normale. Un des caractères de notre cas est d'avoir évolué avec des phases variées d'amélioration, de rémission, d'aggravation, qui prouvaient qu'à certains moments les lésions étaient encore réversibles. La variation des troubles mentaux, parallèle à ces diverses étapes, constitue précisément l'intérêt de l'observation.

Nous allons insister maintenant sur ces troubles et sur leur marche.

OBSERVATION. — Mme P..., âgée de 27 ans au début de la maladie, avait eu jusque-là une santé physique et mentale excellente. Six mois avant l'entrée, elle avait, après trois grossesses normales, fait une fausse-couche à la suite de laquelle était apparue une légère pilosité du visage, d'ailleurs passagère.

Trois mois après, cette pilosité reparaissait et s'accroissait. Les troubles mentaux avaient débuté assez brusquement à la suite d'une vive émotion : la malade avait égaré son enfant dans un lieu public. Depuis lors, elle dormait mal, se montrait nerveuse, manifestait une activité exagérée et désordonnée, formait des projets dépassant largement ses moyens. Cette excitation augmentait rapidement au point de nécessiter l'hospitalisation à Sainte-Anne.

A son entrée, Mme P... présentait un état confusionnel avec agitation très marquée, désorientation, gros troubles de l'attention, fausses reconnaissances, onirisme nocturne, logorrhée incohérente, cris, opposition. Cette excitation confusionnelle intense s'accompagnait d'une déshydratation importante et d'un état général inquiétant au point que l'on pouvait craindre l'évolution vers un délire aigu, bien que l'urée n'attint que 0,47. Un traitement dans ce sens était constitué et peu à peu l'agitation s'atténuait et l'état général s'améliorait.

Le syndrome cortico-surrénal, évident dès l'entrée, se maintenait pendant deux mois (avril et mai) : hirsutisme de la face, des aisselles, des jambes, du pubis ; bouffissure et érythrose du visage, acné ; vergetures abdominales ; amyotrophie des cuisses et des mollets ; ostéoporose ; voix rauque ; aménorrhée. Au point de vue neurologique, on notait une hypotonie des membres, une abolition des réflexes rotuliens, une marche difficile et oscillante. La sédation de l'agitation permettait de faire les examens biologiques, qui donnaient les résultats suivants que nous résumons : 17-cétostéroïdes, fin avril : 80 mgr. par 24 heures ; milieu mai : 43 mgr. ; début juin : 30 mgr. Corticoïdes réducteurs, fin avril : 25 mgr. par 24 heures ; milieu mai : 2,24 ; début juin : 1 mgr. 12.

Ainsi, dès la fin de mai, une amélioration biologique s'amorçait. Elle ne se manifestait pas encore nettement au point de vue clinique, du moins en ce qui concernait les symptômes endocriniens objectifs. Cependant, au point de vue mental, nous assistions à une évolution intéressante caractérisée par le mélange de l'état confusionnel avec un état maniaque avec épisodes de prédominance de l'un ou de l'autre syndrome : d'une part, orientation toujours troublée, identification imparfaite du milieu, fausses reconnaissances, troubles de l'attention, répétitions verbales, erreurs de calculs simples, phénomènes oniroïdes, vagues idées d'influence, moments d'obnubilation, désintérêt ; d'autre part, jovialité, chants, sifflements, propos fantaisistes, familiarités, érotisme, activité ludique. Puis, avec des oscillations, l'état maniaque dominait peu à peu.

Dans les mois suivants (juin, juillet, août), la maladie s'améliore progressivement dans tous les domaines ; au point de vue biologique, nous trouvons : 17-cétostéroïdes, fin juin : 19 mgr. 6 par 24 heures ; milieu août : 20 mgr. Corticoïdes réducteurs, fin juin : 1,32 ; milieu août : 1,06.

Tout le syndrome endocrinien s'atténue : hirsutisme, érythrose, amyotrophie ; les règles reprennent ; la voix est plus aiguë. En même temps, les réflexes rotuliens reparaissent, l'hypotonie diminue, la marche se normalise. Au point de vue mental, la confusion disparaît, l'état est purement maniaque. La malade est orientée, parfaitement consciente du milieu dans lequel elle se trouve. Le contact psychologique est de plus en plus facile. L'intérêt et l'affectivité reprennent. Mme P... reçoit très bien son mari et réclame la visite de ses enfants, qu'elle est heureuse de revoir. Elle donne des renseignements pertinents sur le début de sa maladie, mais elle a perdu

en partie le souvenir de la période confusionnelle. Elle reste cependant logorrhéique, exubérante, facétieuse, euphorique, familière, toujours assez érotique, turbulente et instable dans son comportement. Les tests mentaux, qui peuvent alors être pratiqués, situent la malade à un niveau normal et ne révèlent aucune détérioration. Peu à peu, cette subexcitation s'apaise. Mme P... reste encore désinvolte et optimiste, mais elle est calme et se livre à des travaux de tricotage. Il est à noter que cette évolution favorable est survenue spontanément. La radiothérapie hypophysaire a bien été appliquée mais n'a pu l'être que tardivement, en raison de l'instabilité motrice longtemps persistante. Ce traitement, toutefois, semble avoir accéléré et hâté l'amélioration des troubles encore présents.

La malade peut sortir à la fin du mois d'août. Nous continuons à la voir. Elle est transformée : la pilosité faciale a disparu, les règles sont normales. Elle se montre calme, réservée, pudique ; elle s'occupe de ses enfants, de son ménage, aide son mari dans son travail. Les réflexes tendineux sont normaux. Cependant, dès la fin d'octobre, une légère augmentation des 17-cétostéroïdes, qui remontent à 25 mgr., nous donne quelque inquiétude, bien que l'état mental reste parfait. En décembre, la malade devient plus nerveuse. Au cours d'une visite, elle nous fait part en pleurant de ses soucis pécuniaires de plus en plus lourds, légitimés par la situation devenue très précaire du mari. Bientôt, la pilosité et la bouffissure du visage reparaissent. Les réflexes tendineux sont vifs. Parallèlement, apparaît une subexcitation psychique qui croît régulièrement. Nous notons : aisance, loquacité, plaisanteries, causticité, léger érotisme, insomnie, irritabilité. Elle a, nous dit la malade elle-même, des tendances à casser les objets et des difficultés à se maîtriser ; elle se sent « électrique » et a besoin d'activité. Elle a conscience de son état et déclare spontanément être en imminence de rechute. A la fin du mois de décembre, la turbulence, le désordre du comportement augmentent ; Mme P... fait des visites et des démarches inconsidérées. Elle doit être hospitalisée de nouveau.

Lors de son entrée, elle est cette fois en plein état maniaque. Elle parle sans arrêt, siffle, chante, son humeur est très mobile, parfois irritable ; elle est à nouveau érotique ; la turbulence se maintient nuit et jour. Les signes endocriniens sont redevenus identiques à ceux de la première entrée, avec, en plus, une légère obésité au niveau du cou et des épaules. Les 17-cétostéroïdes sont montés à 42 mgr. et les 11-oxycorticostéroïdes à 9 mgr. 6.

Mais la maladie prend avec une progression accélérée une allure de plus en plus grave. Au point de vue biologique, nous trouvons : 17-corticostéroïdes, en mi-janvier : 60 mgr. ; en mi-février : 84 mgr. ; en fin février, on atteint le taux énorme de 170 mgr. Corticoïdes réducteurs, en mi-janvier : 15,58 ; en fin février : 13,52 ; en fin mars : 14,54 ; les corticoïdes Porter et Gonnall sont dix fois plus élevés que normalement. Encore tous ces chiffres sont-ils au-dessous de la réalité, car il n'était pas possible de recueillir la totalité des urines des 24 heures en raison de l'état mental de la malade. Tous les signes endocriniens s'accroissent ; l'adipose tronculaire supérieure est nette, les troubles trophiques musculaires et cutanés plus marqués ; l'aménorrhée reparaît. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, la marche est de plus en plus difficile et titubante. Au point de vue mental, l'évolution des troubles est inverse de celle observée lors de la première hospitalisation. Le syndrome confusionnel submerge de plus en plus le syn-

drome maniaque et finit par le déborder totalement. La malade devient désorientée, égarée, obnubilée, indifférente, négligente, opposante, présentant parfois du gâtisme urinaire. L'état général est atteint.

Ecartant la double surrénalectomie, que la malade n'aurait pas supportée, nous pratiquons alors un traitement à la cortisone, dans un but bien connu de freinage de l'hypophyse et en particulier de diminution du taux des 17-cétostéroïdes.

Les résultats sont encourageants : les 17-cétostéroïdes tombent d'abord à 100 mgr., puis à 47 mgr. 7 et 51,24 en avril. Les signes endocriniens ne se modifient guère. Mais une ébauche de règles apparaît, l'état général s'améliore. L'état mental se modifie dans un sens favorable : la malade est beaucoup plus lucide, plus présente. Elle a une certaine conscience de la gravité de son état, exprime sa crainte de ne plus revoir ses enfants, sans s'attarder d'ailleurs à ces idées pessimistes, car sa mobilité d'humeur reparaît.

Malheureusement, une complication survient : un abcès profond de la jambe gauche. Cependant, après intervention, la suppuration cesse, la plaie tend à se cicatriser. Mais la malade meurt subitement, un peu plus d'un an seulement après sa première hospitalisation.

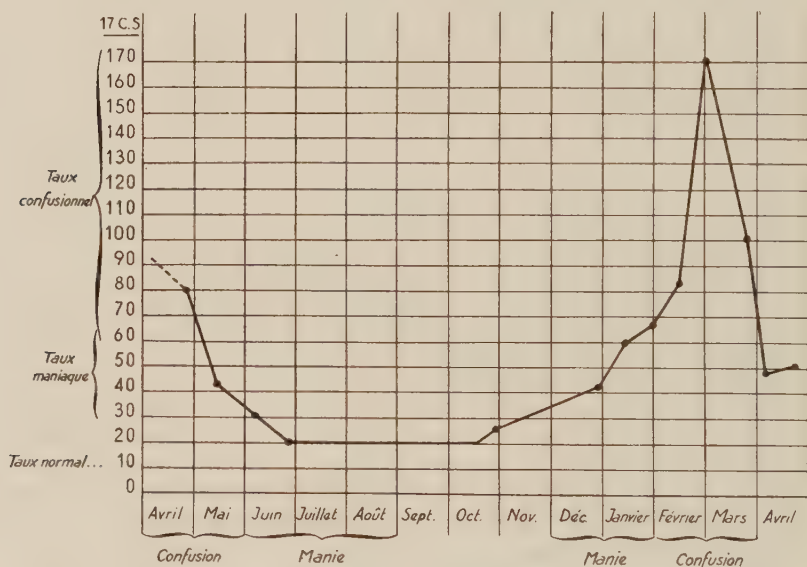
Cette observation nous paraît montrer, de façon que l'on pourrait qualifier d'expérimentale, une évidente corrélation des troubles mentaux et des troubles hormonaux. Il y a, dans ce cas, un parallélisme rigoureux entre l'élévation ou la diminution du taux des 11-oxycorticostéroïdes et surtout des 17-cétostéroïdes et les phases d'aggravation ou de rémission des troubles mentaux. On peut même prévoir d'avance cette évolution psychopathique, car les modifications biologiques précèdent et annoncent les modifications mentales. Selon le degré de la sécrétion hormonale, on observe des formes différentes : à un taux hormonal relativement modéré répond un syndrome maniaque ou hypomaniaque ; à un taux exagéré, un syndrome confusionnel plus ou moins accentué, avec toute la gamme des syndromes intermédiaires. Nous avons même pu dresser une courbe suggestive de ce parallélisme, en prenant pour exemple les variations biologiques les plus marquées, celles des 17-cétostéroïdes.

Bien entendu, ces taux de correspondance psycho-biologique ne valent que pour notre cas particulier. Nous ne prétendons pas davantage établir un type commun de syndrome mental lié à l'hypercorticisme surrénal. Nous n'avons voulu qu'apporter un document assez précis dans l'étude des corrélations hormono-psychiques.

Il nous semble cependant que ce cas isolé permet d'éclairer d'une façon plus générale la genèse des troubles mentaux dans les super-hypophysocorticosurrénalismes.

Le premier syndrome, celui d'excitation psychique, correspondant à des doses modérément élevées d'hormones cortico-surrénales, paraît relever d'une pathogénie assez générale. Les glandes cortico-surrénales auraient globalement une action stimulante sur le système nerveux. Les hormones en cause dans le cas présent sont les hormones

androgènes et les hormones métaboliques. Les hormones androgènes qui prédominent ici déterminent une action tonique, énergétique et, chez la femme en particulier, un syndrome de virilisme dont un des éléments est l'hypersthénie psychique, l'hyperactivité pouvant aller jusqu'à une excitation marquée. Les hormones métaboliques, dont la cortisone, déterminent une activation corticale par des mécanismes connus (fixation du phosphore, production de vitamine C, modification des chronaxies). La réaction mentale la plus commune au traitement cortisonique est l'excitation psychique. Lorsqu'on analyse les observations de complications psychiques provoquées par des doses trop élevées d'A.C.T.H. ou de cortisone, on s'aperçoit que, sous une apparente diversité, subsiste une remarquable analogie. Il s'agit, dans



la majorité des cas, d'un mélange à proportions diverses d'éléments maniaques et d'éléments confusionnels simulant parfois des symptômes schizophréniques. Notre observation se rapproche singulièrement de ce tableau clinique avec des séparations simplement mieux marquées.

La deuxième phase de notre cas, celle de confusion mentale, correspond à des doses exagérées d'hormones cortico-surrénales déterminant une intoxication par leurs excès, par leurs transformations anormales, par des produits métaboliques nocifs qu'elles provoquent. Nous en avons d'autres preuves directes ou indirectes : les urines de notre malade étaient à ce point toxiques que le dosage de la F.S.H. n'a pu être réalisé qu'une seule fois parce que les souris soumises à cette réaction mouraient aussitôt. Le parallélisme des troubles mentaux et

des troubles neurologiques et la nature de ces derniers plaident également en ce sens. Enfin, les examens anatomiques ont montré que les lésions assez légères d'ailleurs du cortex cérébral (notamment la chromatolyse cellulaire), celles dégénératives plus graves des noyaux dentelés cérébelleux qui déterminèrent les troubles de la marche étaient très vraisemblablement d'origine toxique.

Ces explications pathogéniques seraient insuffisantes si nous n'envisagions les interrelations constantes entre l'hypophyse et l'hypothalamus. On connaît bien aujourd'hui ces formes réactionnelles, où la lésion de l'hypothalamus est la cause première du syndrome hyperhypophysocorticosurrénal. Nous avons signalé l'existence de chocs affectifs au début des deux phases de la maladie ; il semble que ce facteur a été simplement adjuvant mais non déterminant. Il est vrai que l'avortement qui paraît avoir déclenché la maladie a pu provoquer une importante perturbation d'encéphalique. L'étude anatomique n'a pas permis de donner une solution certaine à ce problème. Les cellules des noyaux paraventriculaire et supraoptique, ainsi que de la substance innommée, présentent une dégénérescence granulo-vacuolaire assez analogue à la lésion des autres parties du système nerveux et qui semblerait elle aussi d'origine toxique. Quelle que soit d'ailleurs l'origine primitive ou secondaire de ces altérations de l'hypothalamus, il est extrêmement probable que ce centre nerveux, dont on sait l'influence sur les phénomènes thymiques et d'activation corticale, et aussi son rôle dans les confusions mentales graves, a apporté sa contribution dans la genèse des troubles mentaux de notre malade.

Nous apporterons une dernière preuve de parallélisme des troubles organiques, nerveux et psychiques, dans notre cas : les résultats des encéphalographies qu'a bien voulu pratiquer M. Verdeaux. Dans la période active de la première hospitalisation, on constate un tracé altéré dans son ensemble en raison de la présence d'un rythme thêta ample et pointu, et de la sensibilité anormale à la stimulation lumineuse intermittente qui fait apparaître des myoclonies palpébrales et un entraînement du tracé par recrutement. Dans la période de rémission, on remarquait la disparition du rythme thêta et la moindre sensibilité à la lumière. Avant même l'apparition de la rechute, en même temps que la légère élévation des 17-cétostéroïdes qui la laissait prévoir, M. Verdeaux notait : « Le fait frappant du tracé est la reprise par recrutement à la stimulation lumineuse, qui était très importante lors du premier tracé, beaucoup plus discrète au cours du second, mais qui semble reparaitre cette fois. » Pendant la seconde hospitalisation, l'électro-encéphalographie a été troublée par la turbulence de la malade et n'a donné que des résultats difficiles à interpréter.

Des observations de parallélisme aussi net entre les troubles mentaux et les troubles hormonaux sont assez rares. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de les verser au dossier des relations psychiques et endocriniennes.

Inadaptation primitive et progressive en tant que destin d'une personnalité psychopathique et névropathique, par MM. Paul ABÉLY, Guy BENOIT et Claramunt LOPEZ.

La célibataire de 42 ans dont nous rapportons aujourd'hui l'observation nous a paru intéressante par les contrastes qu'offrent son comportement appréhendé et décrit par des témoins non médecins et sa présentation dans le service. Cette opposition — que l'on ne peut mettre seulement sur le compte d'une réticence ou d'une dissimulation — se retrouve dans des faits concrets, en particulier dans l'apparition, il y a quatre ans, d'un comportement incohérent (cris et sanglots nocturnes, mendicité dans les restaurants, amours de rencontre où se réalise une défloration longtemps attendue) qui pouvait faire évoquer un diagnostic de schizophrénie — ce comportement coexistant avec la persistance d'un travail adapté, presque toujours effectué à la satisfaction de ses employeurs.

Ce contraste nous a engagé à explorer plus profondément la malade, et si une meilleure connaissance de l'observation a pu apporter quelques réponses aux questions que nous posions d'abord, elle n'a pas été sans nous présenter de nouveaux problèmes, dont la difficulté relative n'exclut pas l'intérêt.

Voici cette observation :

Les faits. — Il y a quatre ans, Mlle D... attire sur elle l'attention des voisins ; elle fait, en novembre 1953, l'objet d'une première enquête de police. Le rapport relate un comportement jugé bizarre par les voisins. Au cours de la nuit, les habitants du même palier sont réveillés par des cris de désespoir et des sanglots provenant de l'appartement de notre malade. Par ailleurs, elle pratique la mendicité dans les restaurants, réussissant parfois à se faire inviter à dîner. Elle a poursuivi de ses invectives, à la sortie de son travail, la secrétaire actuelle de son ex-patron. A la demande de cet ancien employeur, une surveillance médicale est instituée et la malade est convoquée plusieurs fois quai de Gesvres ; elle s'y montre toujours semblable : rigide, réticente, paraissant masquer un délire que le médecin qualifie d'érotomaniaque.

Des rapports de police, des comptes rendus de consultation jalonnent son existence : le 4 janvier 1954, en août 1954, en novembre 1954 ; en novembre, d'ailleurs, on cesse la surveillance, la malade ne s'étant plus manifestée depuis juillet 1954.

En mars 1955, une enquête demandée par les voisins révèle qu'elle frappe et menace de mort une vieille tante qu'elle a recueillie.

En mai 1955, ayant de nouveau invectivé sa remplaçante dans son poste de secrétaire, son transfert à l'infirmerie spéciale est décidé.

Elle tient devant l'officier de police et devant le médecin des propos tels que : « J'ai été surveillée dans l'immeuble comme une prostituée. La police depuis deux ans et demi me surveille. J'ai été insultée constamment par ma

concierge », propos qui incitent le certificateur de l'admission à noter : thèmes délirants de persécution policière.

Entrée dans le service de l'un de nous le 3 juin 1955, elle en sort le 1^{er} septembre de la même année.

De cette date au 24 avril 1956, elle reste calme, ne fait plus parler d'elle jusqu'à la nuit du 18 au 19 avril, au cours de laquelle elle profère, dans la cour de l'immeuble et sur son palier, des menaces générales et particulières à l'égard de ses voisins.

La menace prend dans sa bouche un caractère dramatique mais relativement adapté : « Je peux tout faire, même tuer, crie-t-elle ; je ne risque rien puisque je suis une malade mentale. » L'argumentation est par ailleurs dirigée contre les hôpitaux psychiatriques et les médecins de ces hôpitaux.

A nouveau, la malade est transférée à l'infirmerie spéciale et entre à Sainte-Anne le 29 avril 1956. A cette époque, devant le comportement délirant, le manque de contact affectif, la raideur thymique, le certificateur parle de schizophrénie. Cette malade est à l'heure actuelle internée dans le service.

Les manifestations extérieures sont pour les témoins incohérentes, bizarres. Pour le médecin de l'infirmerie spéciale et de l'admission, elles apparaissent sans contexte, étranges, et font parler de délire, puis de schizophrénie. L'histoire que nous raconte la malade relie tous ces faits.

En 1950, elle a alors 37 ans, elle est secrétaire personnelle du directeur d'une importante industrie textile ; son travail donne alors toute satisfaction. C'est à ce moment qu'elle devient amoureuse du directeur, mais cet amour dans son développement est étrange — elle ne s'est pas aperçue elle-même de l'éclosion de cet amour — les collègues autour d'elle l'ont vu les premiers et le lui ont fait savoir par leur attitude.

C'est elle qui l'aime — ce patron est un être aimable — charmant avec elle, il ne lui refuse jamais les permissions qu'elle demande ; c'est lui qui, en 1947, alors qu'elle terminait un long congé de maladie, avait insisté afin qu'elle soit reprise par la maison.

Lui ne l'aime pas — il est marié — et par ailleurs a des maîtresses ; il se moque bien d'elle, suivant sa propre expression. Il est supérieur du fait de sa position sociale, mais il a des origines populaires et en a gardé le langage grossier. La malade prétend que ses grossièretés la choquaient violemment.

Brusquement, elle fait les premiers pas ; déclare à l'objet qu'elle l'aime ; contre son attente, elle est repoussée. Bafouée, de cette façon, elle réagit en demandant son congé ; il lui est accordé et elle quitte cette maison en juillet 1951.

Ayant touché à ce propos plusieurs mensualités de préavis, elle part sur la Côte d'Azur dilapider cet argent en quelques jours ; au cours de ce séjour, elle n'a pas prévu le voyage de retour ; elle demande alors le prix du voyage à son ancien patron, qui le lui adresse. De retour à Paris, elle tente de joindre ce patron par lettre, par téléphone ; elle se heurte chaque fois à un refus poli.

Le personnage de la secrétaire qui l'a remplacée apparaît alors et s'impose à elle comme l'explication de cette attitude constante de refus. Elle l'attend, l'invective, la poursuit jusqu'à son domicile.

Par ailleurs, bien qu'ayant retrouvé un travail bien rémunéré, qu'elle

occupe de juillet 1951 à février 1953, elle pratique dans les restaurants une mendicité spectaculaire, répétant à qui veut l'entendre que c'est son ancien patron qui l'a réduite à cette condition. Les accès nocturnes de désespoir bruyant apparaissent également à cette époque.

Excédé par ses poursuites continuelles, son ancien directeur demande, à la fin de l'année 1953, qu'une surveillance médicale soit exercée ; ce sont les quatre convocations au quai de Gesvres que nous avons notées au début.

Sous cette surveillance policière effective, connue par la malade, qui s'en plaint amèrement, les troubles du comportement vont s'accroître, sans toutefois qu'elle arrête son travail. Pourtant, celui-ci reflète les troubles du comportement ; la malade change souvent de place : environ tous les six mois ; elle affirme sa préférence pour les remplacements de trois à six mois. La mendicité dans les restaurants s'accroît et, en 1954, elle prend un amant ; elle a alors 40 ans.

Jusque-là, elle a vécu seule ou en compagnie d'une vieille tante ; elle a été tenue et s'est tenue à l'écart des contacts masculins ; elle est restée vierge jusqu'à 40 ans. Elle nous fait le récit de cette aventure, d'ailleurs sans lendemain. C'était un homme qu'elle connaissait un peu, c'était un chef de bureau ; il l'avait chargée de louer, pour lui, une chambre dans un hôtel. C'est lui qui a fait les premiers pas, elle s'est exécutée presque sans y penser. Elle garde de ses premières relations sexuelles un souvenir vague, ni agréable, ni désagréable ; deux impressions dominent à l'exposé de son récit : d'abord, le désir qu'elle avait que ce coût symbolique soit connu ; elle aurait voulu qu'y assistent le policier chargé de la surveiller, l'assistante sociale de la maison où elle travaillait, et sa tante ; ensuite, le regret, qui rejoint son désir de publicité, de la rencontre — de n'avoir pas été dîner au restaurant avec le partenaire avant la rencontre dans la chambre. Quelques jours après, elle a incité son partenaire à une nouvelle rencontre, puis elle ne l'a plus revu.

Le récit qu'elle fait de cet épisode, par ailleurs un peu décevant, est entrecoupé de rires, de petits cris étouffés ; elle donne, autant qu'elle le peut, un aspect de farce à cette aventure.

C'est le souvenir de cette rencontre que l'on retrouve dans une déclaration au commissaire de police lors de son premier internement, en mai 1955 : « On me surveille dans l'immeuble comme une prostituée — ce que je ne suis pas entre parenthèses. »

Par la suite, les poursuites à l'égard de l'ancien patron, de la secrétaire, reprennent malgré cette aventure. Ainsi s'explique un comportement qui, dans un premier abord, apparaît comme incompréhensible.

Un rapide regard sur sa biographie va nous apporter d'autres éléments pour la compréhension de ces événements. Elle est née en 1914 à Lille ; son père vécut en rentier, dilapidant l'argent gagné par le grand-père ; la mère, que la malade méprise, était issue d'un milieu inférieur à celui de son père. Son père meurt de tuberculose pulmonaire à 33 ans, elle a alors 6 ans ; sa mère meurt quatre ans plus tard, la malade a 10 ans. Ses tantes paternelles l'élèvent, lui font donner une instruction primaire dans une collectivité religieuse. Elle a eu trois sœurs : deux aînées et une cadette, qui sont toutes décédées avant l'âge de 5 ans, de méningite tuberculeuse.

L'enfance a laissé peu de souvenirs, ou banaux ; elle aimait jouer, elle

apprenait bien ; l'adolescence est pareillement floue, la seule chose importante semblant être représentée par la vie à l'écart du monde, le manque de contact avec des amis de l'autre sexe. Elle passe le brevet élémentaire à 16 ans, apprend ensuite la sténo-dactylo. Elle travaille à partir de 18 ans. Dès cette époque, la connaissance de sa vie peut être rapportée à une échelle de références qu'elle établit elle-même sous forme de *curriculum vitæ*. Il semble que sa vie ne lui ait laissé d'autres souvenirs que ces dates précises englobant des périodes de travail bien définies et, dans une certaine mesure, rassurantes pour la malade.

L'établissement du *curriculum vitæ* qu'elle nous a remis couvre la période 1932-1956 ; ce document semble avoir été fait pour classer et publier l'adaptation sociale de cette malade. C'est pourquoi elle y évite soigneusement la période 1942 à 1947 et, également, évite de donner des dates précises en ce qui concerne les années de 1953 à 1956,

La période 1942-1947 : jusqu'en 1942, la malade a présenté deux crises de rhumatisme articulaire aigu à 14 ans et à 16 ans ; elle a été traitée par le salicylate de soude et n'en a conservé aucune cardiopathie ; à partir de 1942 s'installe la maladie tuberculeuse, d'abord sous la forme pleuro-péritonéale, puis sous la forme osseuse. Mlle O... fait alors de longs séjours en sanatorium.

En 1947-1948, la guérison s'affirme et elle reprend son travail au cours de l'année 1948. Les séjours multiples en sanatorium n'ont laissé aucun souvenir digne de ce nom à la malade si ce n'est les dates d'entrée et de sortie, les traitements institués et les lieux de cure.

A partir de son retour, en 1947 jusqu'en 1951, elle va présenter de multiples malaises suscitant diverses thérapeutiques, dont le médecin use d'ailleurs sans grand espoir. On note à cette époque l'éclosion d'un coryza spasmodique, des douleurs articulaires, des douleurs abdominales, des douleurs pelviennes (un examen gynécologique à l'époque, 1947, ne montre rien d'anormal), des douleurs au niveau du pied gauche, de la main gauche, une anorexie passagère, des nausées également passagères.

La fiche médicale dont nous disposons se termine en 1951, mais il n'est pas interdit de penser que les visites au médecin se sont poursuivies après qu'elle eût quitté cette maison, qui l'employait depuis mars 1950.

Ainsi se termine cette observation, qui s'est donné pour tâche de tenter de définir les modes de comportement de notre malade à l'égard de la réalité et ses échecs.

Nous opposerons maintenant, à ce type de comportement, le type de personnalité tel que nous avons tenté de le connaître par le récit sincère d'une aventure à 22 ans, l'examen clinique et les tests de personnalité.

De l'élaboration de cette personnalité, nous ne savons que peu de choses : la mort des parents alors qu'elle était dans l'enfance ; la légende dont elle entoure l'image paternelle, héros de la famille ; le mépris qu'elle professe à l'égard de sa mère, rappel d'une origine vulgaire, et là on doit noter le fait qu'elle a été élevée par des tantes, sœurs du père. L'adolescence est obscure, et nous ne pouvons pas même compter sur les dates précises d'un *curriculum vitæ*.

A 22 ans, travaillant depuis déjà quatre ans, elle fait la connaissance dans sa famille d'un jeune homme qu'elle aime immédiatement ; il a deux ans de moins qu'elle, il a perdu son père dans son enfance, il ne connaît aucun métier. Pendant plusieurs années elle va l'aimer, mais en silence ;

elle rêve de protection à lui accorder, mais il lui demande de le faire embaucher dans le bureau où elle travaille ; elle hésite, puis refuse, pensant que l'on se moquerait d'elle. Malgré des menaces de la part du garçon de s'engager (nous sommes en septembre 1939) si elle ne lui trouve pas de travail, elle refuse encore ou tout au moins temporise. L'engagement est effectif et le garçon est tué en novembre 1939.

Cette aventure a été cruelle ; elle ne peut l'évoquer sans pleurer et sans manifester sa culpabilité à l'égard de la mort de ce garçon. « Pourtant, dit-elle, s'il n'était pas mort, je n'aurais pas voulu me marier avec lui ; il se serait marié et nous serions restés amis. »

Ainsi, à propos de cette aventure, où elle devait s'engager tout entière, se dégagent certains traits de sa personnalité ! D'abord, le retrait devant l'acceptation de la réalité, qui modèle son premier contact amoureux, d'ailleurs tardif, et lui donne l'allure d'une érotomanie. Là apparaît aussi le désir de ne connaître qu'une réalité qu'elle puisse dominer avec son compliment, qui est la méfiance à l'égard des opinions d'autrui, et la peur des moqueries. L'orgueil aussi, qui se dessine dans son attitude de refus de l'asservissement à un homme dans l'amour et qui la pousse à un meurtre qui, s'il n'est pas effectif, est au moins conscient. Tous ces traits se fondant dans une attitude de force à l'égard du réel, elle ne peut satisfaire ses désirs dans le rêve ; elle n'hésite pas, pour les réaliser, à tenter de transformer le réel, ce qui, dans tous ses essais, aboutit le plus souvent à un échec. Mais, opposés à cette attitude de force et d'orgueil, nous trouvons une émotivité à fleur de peau, une émotion constante et mal dissimulée à l'évocation de la sexualité, ou de l'amour, un désir de se réfugier vers une personnalité hyperprotectrice, ces traits n'apparaissant d'ailleurs bien qu'au test de Rorschach, devant lequel elle abandonne ses mécanismes de défense si patiemment élaborés et qui sont mis en évidence par l'examen clinique et la présentation des planches du T.A.T.

L'examen clinique, s'il ne porte pas sur la biographie, n'obtient rien d'autre qu'une revendication stéréotypée, développant sans souci de l'interlocuteur, une argumentation qui n'est valable que pour elle, réclamant sa sortie, mais sans véritable désir.

La présentation des planches du T.A.T. va objectiver la rigidité et le formalisme des moyens de défense qui apparaissent excessifs, propre d'une personnalité sensitive d'allure névrotique dans le sens constitutionnel. Les tests de la personnalité inspirent à celui de nous qui les a présentés à la malade la conclusion suivante : les moyens de défense notés évoquent ceux que l'on voit apparaître chez l'enfant avant la formation du moi ; l'intensité des moyens de défense internes et externes de la personnalité traduisent, non seulement son inadaptation sociale, mais encore une dysharmonie constitutionnelle de la personnalité.

Ainsi se confirme et se complète cette impression clinique d'une sorte de dissociation originelle du contact avec le réel, qui se révèle dans le récit de la première aventure sentimentale, mais qui ne se révélera spectaculairement que quinze ans plus tard, à l'occasion d'une aventure différente dans ses détails mais qu'elle vivra de manière semblable. Ce hiatus de quinze ans entre la première aventure et la seconde peut se combler et, dans une certaine mesure, se justifier par l'histoire des contacts successifs avec la réalité au cours de cette période.

L'aventure se clôt par la mort du jeune homme en 1939 ; il est certain

qu'apparaît, dans les mois qui suivent, un comportement peut-être désadapté ; elle ne travaille pas, en effet, de septembre 1939 à mars 1940, mais nous sommes en période de guerre ; elle habitait encore Lille, elle a été déplacée ; en réalité, il semble que la liquidation de la culpabilité a été assez rapide.

En 1942, l'apparition et l'évolution de la tuberculose l'obligent à une existence retirée et réalisent pleinement ses désirs : protégée, parce que malade, dominante car malade exigeante.

Lors de la guérison de la tuberculose, la persistance de multiples malaises lui confère encore sa qualité entière de malade jusqu'en 1950-1951. C'est à cette époque qu'apparaissent les premiers troubles du comportement qui, dans l'entourage, évoquent l'impression d'une maladie mentale. Aussi semble-t-elle se tenir, pendant toute cette période, à l'écart des contacts traumatisants avec la réalité, ce qui explique cette période libre de quinze ans.

En guise de conclusions, il nous paraît intéressant de poser plutôt, à l'égard d'une telle observation, trois sortes de problèmes.

1) D'abord le type du délire. En effet, que l'on écoute la malade, et elle nous fournit des thèmes de persécution (les voisins, la police, le concierge). Or, à la vérification, tout ceci est vrai. C'est elle qui, par son attitude, a forcé le réel à se comporter à son égard comme un persécuteur.

Ce délire n'est pas élaboré à partir d'interprétations ou d'hallucinations, mais bien raconté à partir de faits réels qu'elle a réussi à susciter et qui s'incorporent à tel point dans la trame du délire que le certificateur les prend pour imaginaires et délirants.

C'est dans ce sens que nous pouvons parler devant une telle malade de schizophrénie car le monde pour elle n'est pas le monde réel, mais le monde de son autisme qu'elle a réussi à projeter sur le monde réel à force avec toutes ses peurs et toutes ses angoisses. De plus, ce type de délire rejoint son type de personnalité défiante à l'égard du réel et s'efforçant de le modifier dans le sens de son désir.

2) Un second problème intéressant est constitué par l'évaluation qu'il faudrait faire des interférences de la structure somatique et de la structure psychique.

Evaluation difficile dans les conditions actuelles de nos connaissances, mais il est permis de noter sans conclure : l'hérédité tuberculeuse paternelle et maternelle ; la mort des trois sœurs, toutes trois de méningite tuberculeuse ; l'apparition de la tuberculose, maladie-événement, événement favorable permettant à la malade de se retirer de la scène pendant quinze ans.

Les potentialités psychiques et somatiques morbides agissent l'une sur l'autre au cours de la vie de cette malade, sans que nous en puissions d'ailleurs définir le sens, aboutissant à la réalisation de ce destin, dont nous prenons aujourd'hui connaissance.

3) Enfin, le problème le plus curieux et peut-être le plus valable de cette observation nous paraît être constitué par ce fait que cette ma-

lade, prête à délirer depuis l'âge de 25 ans — nous en avons la confirmation dans la forme même de son aventure amoureuse — attend l'événement traumatisant jusqu'à 36 ans. Et, si nous n'osons pas parler de schizophrénie en face d'une telle malade, c'est que la personnalité, progressivement traumatisée sur le plan biologique mais trouvant dans la situation même de malade une position régressive et satisfaisante, a eu le temps de cristalliser ses multiples mécanismes de défense (renforcés encore par l'impression de réussite vitale dans la maladie tuberculeuse, dans la névrose hystéro-hypocondriaque), mécanismes qui, tenant le devant de la scène à l'heure actuelle, donnent l'illusion d'une personnalité conservée (où prédomine d'ailleurs le pôle paranoïaque), ont permis un pragmatisme apparent et ne se reconnaissent que dans l'élaboration d'une revendication constante. Ces mécanismes même, exacerbés, dépassant leurs limites, provoquent à l'égard de la malade la réaction du réel — qui utilisant un mécanisme d'ordinaire réservé à l'aliénée — se sentant persécuté devient persécuteur.

Ainsi se pose le problème de cette personnalité psychopathique et névropathique, tardant à réaliser son destin, après de multiples essais, le réalisant enfin mais tardivement, d'où cet aspect organisé aux tests et à l'examen de la personnalité et du comportement.

Cette observation, que nous avons condensée à l'extrême, demande à être poursuivie, et nous ne pensons pas en avoir épuisé ici tout l'intérêt.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — Cette observation me semble devoir s'ajouter à celles que j'ai développées dans un tout récent mémoire paru dans le numéro d'octobre dernier des *Annales médico-psychologiques*, en collaboration avec Mme C. Rivaille, sous le titre « La personnalité névrotique et psychotique du schizophrène ». Elle est en effet d'une grande richesse démonstrative, quant à la thèse que j'y soutenais. On y retrouve les phases, ici alternées, du passage de la névrose à la psychose ou du retour de la psychose à la névrose, cela parallèlement à des interférences traumatiques d'échecs biologiques (au sens très large du mot). Selon les phases se révèlent, tantôt des tendances hystériques, tantôt des tendances paranoïaques. C'est sur ce noyau névrotique complexe, occasionnellement éclaté, du fait de l'apport de conditions vitales et physiopathologiques inaccoutumées, que s'échafaude toute la symptomatologie réactionnelle et de défense excessive d'allure schizophrénique avec son type délirant très particulier et très différent de celui des délires chroniques systématisés. Il m'apparaît comme capital, pour l'élaboration future d'une thérapeutique rationnelle de tels syndromes, de pouvoir saisir les moments et les causes du passage de la névrose à la psychose et inversement, de pouvoir ramener le sujet du psychotique au névrotique en s'attaquant tout d'abord si possible aux causes inaccoutumées de ce clivage pour traiter en dernière analyse le résidu névrotique habituel.

Mes recherches actuelles me permettent de grouper de mieux en mieux un nombre important d'observations démonstratives et encourageantes, mais qui demandent à être particulièrement disséquées avant d'être publiées.

Les planches de T.A.T. nous seront peut-être d'un précieux secours dans ces investigations.

Crises comitiales en fin de cure de sommeil (*Facteurs épiléptogènes*), par MM. R.-M. PERROT, Y. LE BORGNE et G. MOREAU-GAUDRY.

Les crises épileptiques des cures de sommeil sont relativement rares, si l'on se rapporte aux cas publiés. H. Ey dans l'*Evolution psychiatrique*, P. Sivadon dans les *Annales médico-psychologiques*, J.-M. Angel dans sa thèse, en citent quatre en tout.

Notre intention est de signaler six observations d'épilepsie ou d'état de mal épileptique, s'étant manifestés à la fin d'un sevrage progressif des barbituriques utilisés seuls comme agents de la cure de sommeil, alors que nous instituions concurremment une thérapeutique neuroleptique au largactil.

A leur propos, nous voudrions discuter, dans la genèse de ces accidents, de la participation du sommeil, du sevrage des barbituriques et de l'action facilitatrice de la chlorpromazine.

**

Il nous paraît indispensable de rappeler, au préalable, quelques travaux récents sur ces aspects particuliers de l'épilepsie.

E. L. et F. A. Gibbs ont été, croyons-nous, des premiers à noter, à propos de l'électro-encéphalogramme, le rôle sensibilisateur du sommeil sur les manifestations épileptiques, confirmé depuis par divers auteurs, notamment par P. Passouant, qui concluait : « Le sommeil constitue un excellent moyen de sensibilisation de l'épilepsie et surtout de l'épilepsie temporale ; il facilite la localisation d'un processus cortical et se caractérise par une dépression corticale qui facilite une activité sous-corticale ».

L'influence du sevrage barbiturique a été mise en évidence par H. Isbell et ses collaborateurs lors d'une belle étude expérimentale faite sur cinq volontaires recevant des doses importantes de barbiturique pendant une durée prolongée. L'expérience a comporté l'administration, pendant plus de cent jours, de plus de 1 gr. 50 de séco-barbital, de plus de 3 gr. d'amobarbital ou de plus de 1 gr. 30 de nembutal. Après sevrage brusque, un syndrome d'abstinence s'est manifesté chez quatre des cinq sujets et se caractérisait essentiellement par un état confusionnel et des crises comitiales généralisées.

Ces expériences, très démonstratives, sont évidemment à distinguer des convulsions par surdosage, décrites par Carrière et Hurriez, et des crises révélées, dans l'épilepsie infra-clinique, par ce barbiturique particulier qu'est le pentothal, que R. Targowla et Mlle Feder ont proposé comme moyen utile de diagnostic de l'épilepsie et dont l'effet s'apparente, dans une certaine mesure, à celui du cardiazol. Différents aussi sont les états de mal classiquement signalés chez les épileptiques avérés sevrés brutalement.

L'action épileptogène de la chlorpromazine, longtemps ignorée ou méconnue, semble actuellement admise. La rareté de ses manifestations cliniques est évidente. Quelques observations ont été cependant publiées, quelques cas cités. Rappelons l'observation de M. Montassut, les deux cas de J. Delay et Deniker indiqués dans leur statistique de 1955, celui de Bonnet. Tous les cliniciens auraient, semble-t-il, quelques exemples à donner : Doussinet, au récent congrès de Bordeaux, a rapporté douze cas, si notre mémoire est fidèle, de crises convulsives ou d'équivalents ; G. Leroy et Sigwald avaient de leur côté signalé, au colloque de 1955, les myoclonies épileptiques, complication des cures à la chlorpromazine. Il nous a été donné d'observer une crise comitiale chez un malade traité depuis quatre mois pour une psychose involutive.

Mais si les manifestations cliniques restent exceptionnelles, d'autres arguments militent en faveur de la constance de l'effet. Lafon et Passouant ont attiré l'attention sur le fait que la convulsivothérapie électrique s'opère sous largactil avec des doses moindres. M. Dogan a noté, dès 1954, l'abaissement du seuil cardiazolique. Doussinet, dans le travail déjà cité, remarque que sur vingt malades traités par le largactil, dix présentent un tracé électro-encéphalographique perturbé et en faveur de la comitativité. Passouant admet pleinement l'action facilitatrice chez tous les sujets traités, bien qu'elle ne se traduise pas toujours par des modifications patentes du tracé électrique.

Aussi démonstratives sont les constatations faites sur les malades épileptiques soumis à la chlorpromazine. M. Carreras et de Risio, P. Benassi et Ceccachi, dès 1953, Rossini depuis et bien d'autres, notent une nette augmentation des altérations épileptiques des tracés électro-encéphalographiques. On sait qu'expérimentalement, injectant par voie intraveineuse 25 mgr. de ce neuroleptique, P. Passouant et ses collaborateurs ont constaté une phase primaire de facilitation, suivie d'une phase secondaire de sommeil. Cette notion d'action biphasique s'accorde avec l'heureux résultat du largactil, admis par quelques auteurs, dans l'état de mal épileptique. Certains ont cru pouvoir trouver des arguments dans les expériences de H. Terzian et Ruberti, relatifs à l'effet du neuroleptique sur l'activité électrique cérébrale du lapin, action liée à l'installation d'un sommeil dont les travaux de Baruk nous ont donné chez le chat et le singe des images caractéristiques.

En définitive, nous croyons qu'il est établi, comme l'affirme Passouant, qu'il existe une phase de facilitation chez tous les sujets, épileptiques ou non.



Examinons maintenant les circonstances des crises observées dans le service. Nous pratiquons les cures de sommeil selon la technique banalement employée dans la plupart des hôpitaux psychiatriques en

France ; cure assez prolongée (30 jours), avec sommeil assez profond (14 à 16 heures). Notre expérience nous a conduit à utiliser nembutal, sécobarbital, amobarbital, à des doses avoisinant 2 gr., à l'exclusion de tous les dérivés de la phénothiazine, ce qui rend la cure plus maniable, supprimant en général le dérèglement central à type d'hyperthermie, de collapsus ou d'azotémie. Montée assez rapide des barbituriques, puis adaptation en fonction de la durée et de la profondeur du sommeil ; du 30^e au 35^e jour, diminution graduelle des doses, sans jamais déterminer en une seule fois une chute supérieure à 30 %. Nous instituons dès le début du sevrage une thérapeutique neuroleptique exclusive à la chlorpromazine, en augmentant progressivement mais rapidement les doses pour arriver à 400 mgr. environ au dixième jour.

C'est dans ces conditions que sont apparues, chez six de nos malades, des crises convulsives tonico-cloniques intenses. Il s'agissait de schizophrénies hébéphréno-catatoniques ou paranoïdes, sans aucun antécédent épileptique.

Un examen électro-encéphalographique fut pratiqué chez tous nos sujets, souvent, par suite des circonstances, tardivement par rapport aux crises.

Tous ces tracés révèlent une hypo-excitabilité dans toutes les dérivations, un rythme alpha très pauvre, donnant une impression générale de sidération corticale. L'un des tracés (celui de O.A.) présentait un rythme thêta presque constant. Un autre (celui de D.G., pratiqué dix jours après un état de mal sévère survenu au huitième jour du sevrage) montrait une comitialité nette, diffuse, basale, à prédominance bitemporale, avec bouffées rythmiques d'ondes irrégulières de 3 à 4 c./s. et de 40 à 80 microvolts. Le Dr Dutertre, notre consultant d'électro-encéphalographie, a posé d'emblée le diagnostic d'épilepsie chez ce malade, pourtant, comme les autres, exempt d'antécédent. Six semaines plus tard, le tracé présentait une amélioration, mais on constatait encore des anomalies de type comitial bitemporal.

*
**

Commentaires et discussion. — Nous noterons d'abord que les cas que nous rapportons semblent être survenus dans des circonstances différentes de ceux signalés par Ey, Sivadon ou Angel, au cours ou au décours de cures de sommeil. En effet, durant la cure de sommeil proprement dite, nous n'avons pas potentialisé les barbituriques par la chlorpromazine et c'est seulement, comme nous l'avons dit, lors du sevrage des barbituriques, que fut commencée une cure par le largactil.

A l'analyse des faits, dans les conditions où ont été placés nos malades, trois facteurs nous paraissent à discuter ou à retenir : le sevrage, la mise en route de la cure au neuroleptique, les modifications de la vigilance.

Si nous comparons les doses totales de barbituriques administrés pendant la durée de la cure, nous constatons que nous atteignons à peine le quart de celles d'Isbell et de ses collaborateurs lors de leur expérimentation, qui a entraîné, rappelons-le, quatre crises convulsives généralisées lors du sevrage. Au demeurant, ces auteurs observèrent les crises entre la 30^e et la 40^e heure du sevrage (exceptionnellement à la 60^e et à la 115^e). Les nôtres se situent aux 4^e, 6^e, 8^e, 9^e, 11^e et 12^e jours. Aussi le sevrage de nos malades, très lent à l'encontre de celui des volontaires d'Isbell, ne nous semble pas avoir pu jouer un rôle majeur — ou du moins exclusif — dans la genèse des crises comitiales notées.

Le largactil paraît bien posséder, nous l'avons vu, une action épileptogène, ou du moins sensibilisante. Nos six malades, lors de leurs crises convulsives, avaient tous une dose de 300 à 400 mgr. de chlorpromazine. Quatre fois sur six, le sevrage barbiturique était terminé. On ne saurait donc nier, à notre avis, le rôle majeur de la chlorpromazine dans les cas qui nous occupent. Il ne faut pas pour autant négliger les conditions spéciales où nous nous trouvons. Les crises épileptiques sont rares chez les malades traités par le largactil seul ; elles sont exceptionnelles chez les sujets en cure de sommeil ; elles semblent moins rares, moins exceptionnelles, dans les conditions réunies chez nos malades. L'effet épileptogène du largactil est volontiers rattaché à son action entraînant une baisse de la vigilance. Faut-il rappeler les tracés électro-encéphalographiques de Terzian, Sigwald, Dasgupta, Vargas, Lehoczy, évoquant le sommeil, et que nous retrouvons en partie chez nos sujets. N'y a-t-il pas lieu de penser que tout était particulièrement favorable à la persistance et à l'accentuation de cette baisse de la vigilance.

Ainsi il nous paraît légitime, à la lumière des travaux sur le barbiturisme chronique, sur l'action facilitatrice du 4560 R.P., de considérer dans la genèse des crises convulsives observées chez six de nos malades au décours de cures de sommeil, sans antécédent comitial antérieur, que la chlorpromazine a objectivé son action épileptogène à la faveur d'une baisse de la vigilance et que le sevrage barbiturique a mordancé cette action.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. ANGEL (J.-M.) : *Thèse Méd.*, Paris, 1953. — 2. BARUK (H.), LAUNAY (J.) et BERCÈS (J.) : *Ann. Méd. Psych.*, 1953, tome I, n° 5, 705-772. — 3. BENASSI (P.) et CECCACHI (G.) : *Rivista di Neurologia*, 1953, vol. 23, fasc. 4, 535-542. — 4. BONNET (H.) : *Ann. Méd. Psych.*, 1956, tome 2, n° 2, 193-226. — 5. CARRERAS (M.) et DE RISIO (C.) : *Riforma Medica*, 1954, tome 2, n° 3, 77. — 6. DELAY (J.), DENIKER (P.) et ROBERT (R.) : *Press. Méd.*, 1956, n° 22, 493-496. — 7. DOGAN (S.) et VUKADINOVIC (G.) : *Deutschen E.E.G. Gesellschaft*, 1954, 21, 4, 4-5. — 8. EY (H.) et BÉRARD (E.) : *Evol. Psych.*, 1952, fasc. 4, 611-622. — 9. GIBBS (E. L.) et GIBBS (F. A.) : *Nervous and Mental Diseases*, 1946, n° 26, 366-372. — 10. ISBELL (H.), ALTSCHUL (S.), KORNETSKY (C. H.), EISENMAN (P.), FLANARY (H.) et FRAZER (H.) : *Arch. Neur. Psych.*, 1950, 64, n° 1, 1-28. — 11. LAFON (R.), PASSOUANT (P.) et MINVIELLE (J.) : *Ann. Méd. Psych.*, 1955, tome 2, n° 2, 258-268. — 12. LEROY (C.) et SIGWALD (J.) : *Colloque sur les Neuroleptiques*, Paris, octobre 1955. — 13. MONTASSUT (M.), CHERTOK (L.) et LEROY (C.) : *Ann. Méd. Psych.*, 1955, tome 1, n° 5, 804-808. — 14. PASSOUANT (P.) :

Rev. de Neurol., 1950, tome 83, n° 6, 545-558. — 15. PASSOUANT (P.), PÉLISSIER, MINVIELLE (J.) et DUTARTRE : *Colloque sur les Neuroleptiques*, Paris, octobre 1955. — 16. ROSSINI et ZANOTTO : *Riv. di Neurologia*, 1955, vol. 25, n° 5, 808-816. — 17. SIVADON (P.) et FORZI (C.) : *Ann. Méd. Psych.*, 1955, tome 1, n° 3, 433-438. — 18. TARGOWLA (R.) et FEDER (A.) : *Press Méd.*, 1948, n° 72, 868-869. — 19. TERZIAN (H.) : *Sem. des Hôp.*, 1954, 30, n° 14, 838-841. — 20. TERZIAN (H.) et RUBERTI (R.) : *Riv. di Neurologia*, 1954, vol. 24, fasc. 5, 686-702. — 21. VARGAS ROMÉRO (J.) : *Mémoire d'Ass. Etr. de la Clin. des Mal. Mentales de Paris*, 1954.

Résultats comparés des données cliniques, des épreuves biologiques et des ponctions. Biopsies hépatiques pratiquées chez des alcooliques chroniques en cure de désintoxication, par MM. P. BENSOUSSAN, F. PERGOLA, A. ROUSSEL, E.-M. VILLAUMEY.

L'importance et la fréquence de l'atteinte hépatique dans les complications neurologiques de l'alcoolisme sont connues depuis longtemps. Gouget, Klippel et Lhermitte et, plus récemment, Villaret, Justin-Besançon et H.-P. Klotz (1936) ont insisté sur les lésions anatomiques du foie dans les polynévrites alcooliques et discuté leur rôle dans la pathogénie. Dans les accidents psychiatriques aigus et, notamment, dans le délire alcoolique aigu, Marchand a insisté sur la constance des altérations hépatiques.

Toutes ces constatations reposent uniquement sur des vérifications nécropsiques dans les formes mortelles, les plus rares, aussi récemment, divers auteurs se sont efforcés de préciser l'atteinte hépatique au cours de l'évolution des complications neurologiques de l'alcoolisme, grâce aux techniques modernes d'exploration du foie et surtout grâce à la ponction-biopsie. Leevy, Patrylo et Doody, Cachin, Pergola, Levillain et Joubaud ont pu ainsi préciser l'importance des altérations hépatiques dans le delirium tremens et au cours de l'évolution des polynévrites alcooliques.

Pour compléter cette étude, nous avons choisi un groupe de 32 sujets présentant d'importants troubles caractériels d'origine alcoolique et hospitalisés dans un service psychiatrique dit « libre » pour y être désintoxiqués.

Matériel d'étude. — Notre travail a comporté l'étude biologique de 31 sujets sur 32 et l'étude histologique dans 27 cas. Il s'agissait, dans tous les cas d'hommes, dont l'âge moyen était de 47 ans et les âges extrêmes de 33 et 58 ans. L'alcoolisme était, dans tous les cas, ancien et à base de vin rouge absorbé surtout en dehors des repas : trois litres par jour en moyenne, avec un apport modéré d'apéritifs. Les eaux-de-vie n'étaient qu'exceptionnellement absorbées, et surtout lorsque l'alcoolique avait besoin de rétablir rapidement une alcoolémie défaillante. Six de nos 32 sujets avaient déjà subi une cure de désintoxication.

Terrain psychiatrique. — Précisons qu'il s'agit ici de sujets soumis à une cure de désintoxication en service hospitalier dit « libre », c'est-à-dire non soumis aux réglementations administratives de la loi du 30 juin 1838. Cette notion est importante pour définir cliniquement le type de malades traités. Il ne s'agit pas de grands états psychiques aigus, delirium tremens ou délire alcoolique subaigu, ni même d'états chroniques ; psychose chronique ou affaiblissement démentiel progressif, qui sont traités dans des services de type asilaire, mais de « petits mentaux » qui réclament une cure de désintoxication assez souvent spontanément mais, plus souvent encore, amenés à le faire par le service médico-social de l'entreprise où ils travaillent ou par leurs familles.

Les aspects psychiatriques réalisés par l'imprégnation alcoolique chez ces buveurs d'habitude sont assez monomorphes : les fonctions intellectuelles, l'idéation, le jugement, sont le plus souvent altérés. Les troubles du caractère et du comportement sont toujours très importants. Ils marquent la déchéance des fonctions supérieures de contrôle de l'émergence des pulsions instinctuelles sous-jacentes. Ce sont eux qui déclenchent, en règle, les incidents familiaux ou professionnels qui aboutissent à la cure. L'instabilité, l'irritabilité, le renforcement des tendances égoïstes avec diminution du sens moral, les manifestations clastiques sont fréquentes ainsi que la jalousie, la méfiance, la suspicion, l'orgueil pathologique ou, au contraire, une sentimentalité pleurarde. L'histoire de la maladie est émaillée de disputes, de brutalités, de bagarres, de fugues. Le sommeil et l'appétit sont rarement intacts. Enfin, l'anxiété est toujours retrouvée, quoique souvent dissimulée sous de multiples mécanismes compensateurs.

Terrain somatique. — Sur nos 32 sujets, cinq seulement avaient une hépatomégalie nette, le foie débordant de deux à cinq travers de doigt le rebord costal sur la ligne mamelonnaire. Cette hépatomégalie était isolée sans aucun des signes classiques de cirrhose : sans ascite, œdème, ictère ou hémorragies. Dans quatre cas, on pouvait seulement accrocher le bord inférieur du foie au-dessous du rebord costal. Dans les 23 autres cas, soit dans 70 % des cas environ, le foie était cliniquement normal.

Signalons aussi pour mémoire que cinq de nos sujets avaient une tuberculose pulmonaire, évolutive dans un cas seulement. Un présentait une pneumopathie aiguë à son entrée. Deux avaient une névrite optique rétro-bulbaire. Deux enfin étaient des gastrectomisés.

L'exploration biologique des fonctions du foie a été faite dans 31 cas. Elle a comporté le dosage chimique des protides et du rapport sérine/globuline, le dosage du cholestérol total et estérifié et l'étude des différents tests de floculation : Mac Lagan, Hanger, Gros, Kunkel bêta et Kunkel gamma, Red colloïdal test de Ducci.

L'étude histologique a été faite 27 fois sur 32. Elle a porté sur le

fragment retiré par ponction-biopsie aspiratrice, faite par voie intercostale, à l'aide de l'aiguille de Cazal. Dans aucun cas on ne nota d'incident. La biopsie a été faite, en général, entre le 10^e et le 15^e jour du séjour à l'hôpital et il est possible que, déjà à ce moment, certaines altérations histologiques, telles que la stéatose, aient déjà régressé.

Les diverses colorations utilisées ont été l'hématéine-éosine, le carmin de Best pour la recherche du glycogène, après fixation dans le fixateur de Gendre et, dans certains cas, l'hématoxyline ferrique, pour l'étude des mitochondries, après fixation dans le fixateur de Regaud.

Les sujets étaient, à leur entrée à l'hôpital, complètement sevrés d'alcool. Ils recevaient essentiellement comme traitement : des vitamines B et C, des extraits hépatiques par voie veineuse ou des phospho-amino-lipides pour tenter d'éviter les symptômes de sevrage.

Etude biologique. — 1) Protides : La protidémie globale était presque toujours normale, ne s'abaissant que dans trois cas au-dessous de 70 gr. %. Dans un cas seulement, le rapport sérine/globuline était au-dessous de l'unité. Dans trois cas, il était paradoxalement élevé trois fois audessus de 3, et dans un cas il atteignait le chiffre record de 8,8.

2) Tests de floculation : Le test de Mac Lagan n'est franchement anormal que six fois, le chiffre le plus élevé étant de 63 unités Vernes. Le test de Hanger est franchement positif (+++), six fois également. Le test de Gros n'est que trois fois à 1,6 ou au-dessous. La réaction de Kunkel est franchement positive, au-dessus de 50 unités Vernes, dans six cas. La réaction de Kunkel au phénol, qui explore les lipoprotéines (bêta), est franchement positive, au-dessus de 40 unités Vernes, dans sept cas. Le test de Ducci est franchement positif (++ ou +++) dans six cas.

3) Cholestérol : Dans tous les cas, le cholestérol total était normal, ne s'abaissant jamais au-dessous de 1 gr. 60 et le rapport d'estérification E/T était toujours correct.

En résumé, on peut dire que — sur 31 cas — le « complet hépatique » n'est franchement perturbé dans son ensemble que dans six cas. Les perturbations biologiques portent essentiellement sur les tests de floculation. Dans trois cas, il n'existe que des perturbations discrètes et dissociées et, dans les 22 autres cas, le « complet hépatique » est normal.

Etude histologique. — Cette étude a porté sur 27 sujets. Dans trois cas seulement, le foie était absolument normal ; dans les 24 autres cas, il était altéré.

Six fois il existait une cirrhose dense. Dans deux cas à son début, dans les quatre autres cas avec des infiltrats inflammatoires périportaux et un début de sclérose. La sclérose ne s'accompagnait de stéatose que dans trois cas. La charge glycogénique était diminuée dans deux cas.

Douze fois il existait de la stéatose. Dans les quatre cas où elle était massive, la charge glycogénique était très médiocre. Dans huit cas, la stéatose était discrète, avec une charge glycogénique très diminuée dans deux cas, un peu diminuée dans deux autres.

Six fois il existait seulement de discrètes altérations cellulaires avec des plages de cellules claires à cytoplasme spumeux ou pulvérulent et, dans certains cas, une diminution nette de la charge glycogénique.

En résumé, on peut dire que le foie est très souvent altéré : 24 fois sur 27. La stéatose est l'aspect le plus fréquemment rencontré : 15 fois sur 27 et, le plus souvent (12 fois sur 15), elle s'accompagne d'aucune sclérose. Les aspects de cirrhose ne sont cependant pas rares : 6 fois sur 27 dans 2 cas, il s'agit de cirrhose dense. Dans 6 cas, il n'existe que des altérations cellulaires discrètes, mais on peut se demander si elles ne représentent pas déjà un stade d'amélioration après deux semaines de traitement.

Confrontations des données cliniques, biologiques et histologiques.
— Nous pouvons donc insister déjà sur un certain nombre de points importants :

1° Il n'existe aucune relation entre l'importance des troubles psychiques et les résultats fournis par l'étude biologique et anatomique. Parmi les 6 sujets ayant des tests de floculation nettement perturbés, 3 ont des troubles caractériels relativement discrets. Dans le groupe des 10 cas de cirrhose ou de stéatose massive, la proportion des sujets ayant des troubles psychiques les plus marqués n'est pas plus grande que dans le groupe des 17 autres sujets ayant des altérations histologiques beaucoup plus discrètes ou même un foie histologiquement normal (3 cas).

2° Il n'existe pas non plus de parallélisme entre l'importance des altérations histologiques et les perturbations biologiques. Dans 6 cas, de cirrhose ou de précirrhose, les réactions de floculation ne sont franchement anormales qu'une fois. Dans les 4 cas de stéatose massive, elles sont normales. Au contraire, dans un cas où le foie était histologiquement normal ou subnormal, les tests de floculation étaient franchement perturbés.

3° Il n'y a pas de corrélation entre les données de la clinique et celles de l'histologie, et la latence des altérations hépatiques mérite d'être soulignée. Aucun de nos sujets ne présentait de signes classiques de cirrhose. Sur 27 sujets explorés anatomiquement, 5 seulement avaient un gros foie palpable, 22 avaient un foie cliniquement normal ou débordant à peine le rebord costal ; dans ces 22 cas, cependant, le foie n'était histologiquement normal que trois fois. Un tableau histologique de cirrhose dense existait même chez un de nos sujets, dont le foie était cliniquement normal.

Notre étude confirme les travaux antérieurs sur l'état du foie dans les complications nerveuses de l'alcoolisme. La fréquence et la latence des altérations hépatiques chez les alcooliques est une notion connue. Cachera, Lamotte et Lamotte-Barillon, chez les alcooliques simples, Cachin, Leevy, Pergola, dans les polynévrites alcooliques et le delirium tremens, ont fait des constatations identiques. Il n'est même pas exceptionnel de trouver, à l'examen anatomique, des aspects histologiques de cirrhose constituée, alors qu'il n'existe aucun signe clinique classique de cirrhose et que le foie est cliniquement normal.

L'absence de parallélisme entre l'importance des altérations hépatiques et la gravité des complications neurologiques est également connue : Cachin, dans les polynévrites alcooliques, n'a trouvé qu'un parallélisme très grossier entre les altérations du foie et les manifestations cliniques de la polynévrite. Leevy, Pergola, ont montré que le pronostic du delirium tremens ne dépend pas de l'importance des lésions hépatiques associées. De même, dans les troubles mentaux chroniques de l'alcoolisme, le pronostic reste un pronostic d'ordre neuro-psychiatrique.

En conclusion, cette étude nous a permis de vérifier que les lésions hépatiques étaient quasi-constantes dans les états psychiatriques chroniques de l'alcoolisme, mais qu'elles peuvent demeurer longtemps latentes et ne semblant pas intervenir directement dans le pronostic.

Cependant, il n'en reste pas moins que ces altérations, en raison de leur fréquence et de leur importance, notamment pour les indications et les contre-indications thérapeutiques, doivent être systématiquement recherchées par des examens complémentaires, les indications de la seule clinique restant toujours insuffisantes à un dépistage suffisamment précoce.

Election d'un membre correspondant national

Après audition du rapport du D^r Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. ALLIEZ, DAUMÉZON et P. ABÉLY, rapporteur, M. le D^r H. COLLOMB est élu *membre correspondant national*, par 18 voix sur 18 votants.

Invitation

Invitation du D^r H. Ey, secrétaire général du comité international d'organisation des congrès mondiaux, à une réunion en vue de la participation française au congrès de Zurich de septembre 1957, qui aura lieu le mardi 27 novembre prochain, à midi, à la bibliothèque médicale de Sainte-Anne.

La Société délègue son bureau annuel pour la représenter à cette réunion

La séance est levée à 18 heures 15.

SOCIÉTÉS

Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse

Séance du 24 juin 1956

I. Hémicraniose de Brissaud et Lereboullet (examen histopathologique), par MM. L. CALMETTES, F. DÉODATI, H. PLANEL et P. AMALRIC

Les auteurs rapportent les résultats de l'examen histologique de la tumeur frontale d'un cas d'hémicraniose, femme décédée à 74 ans, porteuse depuis l'enfance d'une volumineuse exostose fronto-pariétale droite, jamais modifiée et n'ayant donné lieu à aucune complication neurologique. L'examen anatomique indique l'absence de tout caractère de tumeur méningée, l'intégrité de la face interne de l'os : il ne s'agit assurément pas de tumeur méningée. Les figures histologiques sont celles d'un tissu haversien spongieux. Les auteurs pensent que la maladie de Brissaud-Lereboullet peut avoir des pathogénies différentes et, dans le cas particulier, il s'agit d'un processus hyperostotique simple, peut-être post-traumatique.

II. Thrombose de l'artère centrale de la rétine et maladie de Vaquez, par MM. CALMETTES, DÉODATI et AMALRIC

Rapport d'un cas de polyglobulie, dont le premier symptôme a été une thrombose d'une artère centrale de la rétine. Les examens hématologiques permettent le diagnostic de maladie de Vaquez. Les thromboses artérielles paraissent être exceptionnelles dans la polyglobulie. Et les auteurs pensent qu'il faut, à leur origine, invoquer plus que la pléthore, la stase et l'hyperviscosité sanguine, mais aussi l'atteinte propre de la paroi maculaire. Ils insistent également sur les troubles fonctionnels visuels pré-thrombotiques, susceptibles d'attirer l'attention.

III. Les Gradients de la tension artérielle céphalique chez l'hypertendu artériel, par MM. J. PLANQUES, N. et P. MONTASTRUC.

Les gradients normaux entre la tension humérale et la tension en différents points de la région céphalique (nez, lèvres, langue, région temporale), ont été précisés dans une précédente communication.

Chez cinquante hypertendus artériels, on voit subsister, entre la tension humérale et les tensions céphaliques, une différence souvent voisine (-2 cm. Hg), de celle qui existe chez le normal. Souvent aussi, cette différence s'accroît, sans dépasser -7 cm. Hg. Mais cette différence ne s'accroît pas régulièrement avec le chiffre de la tension humérale.

Chez les hypertendus malins et néphritiques (six observations), on n'observe pas que cette différence se réduise ou s'augmente systématiquement.

La tension artérielle rétinienne, tant chez l'homme normal que chez l'homme hypertendu, est assez voisine des tensions mesurées dans le domaine de la carotide externe.

L. GAYRAL.

Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise

Réunion du 25 mars 1956

Incidences neuro-psychiatriques des cardiopathies congénitales chez l'enfant, par MM. C. KOHLER et J. BRET

88 cardiopathies congénitales cyanogènes de 2 ans 1/2 à 18 ans, 31 garçons, 57 filles, ont été examinés au point de vue neuro-psychiatrique, dont 7 avant et après l'intervention curative (centre de chirurgie cardio-vasculaire : professeur Santy).

1° 39, soit 44 % (11 garçons, 28 filles), étaient d'intelligence normale, avec 2 cas d'hémiplésie, 2 de crises convulsives (l'une avec électro-encéphalogramme normal), 3 de troubles caractériels ; les 32 autres ne présentaient pas d'anomalies neuro-psychiatriques.

2° 49, soit 55 % (29 filles, 20 garçons), étaient d'intelligence insuffisante, dont 9 débiles profonds, avec idéation lente et mémoire insuffisante ; 26 de ces 49 avaient des troubles caractériels associés (puérilisme, hyperémotivité), 18 des stigmates neurologiques (2 hémiplésies, 1 diplégie, 1 pseudo-bulbaire, 5 convulsivants).

Dans ce dernier groupe, l'association cardiopathie congénitale et atteinte neuro-psychique fait discuter l'importance relative des anomalies vasculaires cérébrales, de l'anoxie chronique, des facteurs affectifs.

BOURRAT, BROUSSOLLE.

Grand œdème aigu du poumon au cours de la cure de Sakel. Action décisive de la chlorpromazine, par MM. R. MILLON, P. GABRIELLE, M. LANDRY

L'œdème aigu du poumon, un des accidents les plus dramatiques de la cure de Sakel, soulève un problème physiopathologique qui n'est point

encore résolu. On a proposé comme traitement la saignée prudente, les injections intraveineuses de morphine, d'ouabaine-théophylline, de procaïne, et évidemment le sérum glucosé hypertonique.

Les auteurs rapportent une observation d'œdème ayant résisté à ces diverses thérapeutiques, qui a cédé en une heure à deux injections successives de chlorpromazine à 0 gr. 025.

BOURRAT, BROUSSOLLE.

Problèmes soulevés par une hypothermie apparue au cours d'un syndrome confusionnel récidivant, par MM. P. BROUSSOLLE et P. DUBOR.

Au cours d'un état stuporeux grave confinant au coma, la découverte d'une hypothermie importante, alors que l'on ne pouvait évoquer l'hypoglycémie, l'hyperazotémie, le coma hépatique ou l'intoxication aiguë, a orienté les recherches vers une insuffisance thyroïdienne, guidée par la frilosité excessive, l'infiltration des téguments et les troubles des phanères. Celle-ci a été vérifiée par des examens de laboratoire, qui ont montré un cholestérol discrètement augmenté, associé à une diminution importante du métabolisme de base (moins 31).

Après deux mois d'un traitement opothérapique thyroïdien, le métabolisme est remonté à — 21, puis — 14 ; parallèlement, le syndrome clinique s'effaçait progressivement.

La découverte pour ainsi dire accidentelle de cette hypothyroïdie souligne l'intérêt d'une recherche étiologique systématique propre à mettre en évidence une dysendocrinie fruste, dont la méconnaissance risque de grever lourdement l'évolution et le pronostic du syndrome mental.

BOURRAT, BROUSSOLLE.

Syndromes aphasiques au cours des traumatismes crâniens,

par MM. BOURRAT, M. TOMMASI et Cl. PANSU

Deux exemples d'aphasie post-traumatique sans séquelles hémiplegiques montrent bien la nécessité d'analyser avec soin les troubles du langage au cours de ces états en apparence simplement confusionnels qui s'observent après commotion sérieuse ou fracture du crâne. Les localisations temporales gauches (otorragie, ecchymose mastoïdienne) doivent attirer l'attention du médecin sur l'éventualité d'une atteinte aphasique. Celle-ci peut classiquement s'accompagner d'une hémianopsie en quadrant supérieur.

Il arrive que le blessé fasse preuve d'une certaine agressivité, d'un défaut de collaboration simplement parce qu'il ne comprend pas et ne peut se faire entendre.

Il existe parfois des lésions étendues du lobe temporal, qu'on est surpris de découvrir à la lecture de clichés encéphalographiques. C'est pourquoi les résultats de l'encéphalographie, l'artériographie, ont un grand intérêt dans les cas de traumatismes graves, non seulement pour éliminer un hématome, mais pour montrer la portée réelle des dégâts anatomiques.

Quelques considérations médico-légales terminent cet aperçu.

BOURRAT, BROUSSOLLE.

Trois cas d'amblyopie ou de cécité pithiatique,

par Mme L. THÉVENIN

Le pithiatisme est fréquent chez l'enfant ; il peut revêtir les formes les plus diverses. Les manifestations sensorielles sont relativement rares, mais existent cependant ; en témoignent les trois cas suivants :

Une adolescente de 13 ans, atteinte de brusque cécité gauche. Une fillette de 11 ans, atteinte depuis trois ans d'une cécité transitoire survenant à chaque printemps. Un garçon de 12 ans, enfin, souffrant d'une amblyopie bilatérale.

Ces observations présentent plusieurs points communs : absence totale de signes organiques ; conditions socio-familiales défavorables entretenant un sentiment d'insécurité ; le terrain un peu spécial chez ces enfants, marqué de puérilisme, d'avidité affective, d'anxiété marquée ; un événement récent, ayant joué le rôle de facteur déclenchant. La guérison, enfin, par un traitement surtout psychothérapique.

BOURRAT, BROUSSOLLE.

Troubles psychiques et maladie cœliaque,

par Mme L. THÉVENIN

L'existence de troubles psychiques dans la maladie cœliaque est soulignée à propos d'une observation. Une adolescente de 14 ans, atteinte du syndrome précité, retardée intellectuelle, présente un subit accès d'agitation anxieuse à teinte confusionnelle. Ces troubles cédèrent progressivement en milieu hospitalier, sous l'effet de chlorpromazine à haute dose et d'électrochocs. Les hypothèses d'une bouffée délirante chez une débile ou des prodromes d'une schizophrénie semblent provisoirement écartées en faveur de troubles essentiellement liés à la maladie cœliaque.

BOURRAT, BROUSSOLLE.

Société belge de neurologie

Séance du 29 septembre 1956

Présidence : M. L. MASSION-VERNIORY, président

Un cas de syringomyélie chez l'enfant. (Découverte d'autopsie)

par M. J. HOZAY

Relation d'un cas de syringomyélie, sans aucun signe clinique, et fortuitement découvert lors de l'autopsie d'un enfant de 10 ans décédé de leuco-encéphalite sclérosante subaiguë type van Bogaert. Examen histologique détaillé.

La syringomyélie est du type pur selon le concept d'Alajouanine. Bref rappel de la littérature ayant pour objet la syringomyélie infantile. Enoncé des diverses théories concernant l'étiologie de la syringomyélie.

Épithélioma cylindromateux du palais. Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens. Propagation tumorale « hodotropique » le long de la pie-mère médullaire et dans les racines et ganglions rachidiens,
par M. J. DAGNÉLIE.

L'auteur décrit la lente évolution d'un épithélioma du palais au stade cylindromateux, avec propagation régionale, puis effraction de la base du crâne et réalisation d'un syndrome unilatéral des nerfs craniens de Garcin ; ultérieurement, sans qu'il ne se constitue aucune métastase, il se produit une propagation hodotropique en fins rubans cellulaires dans la pie-mère médullaire et dans les racines et ganglions rachidiens ; le problème d'un hodotropisme intragial est discuté. Huit illustrations microphotographiques. Références bibliographiques.

(Le texte *in extenso* et les figures seront édités sous peu dans la « Revue neurologique », Paris).

Mucocèles et polypes muqueux intracraniens.

par MM. J. ACHSLOUGH et F. GOTTLÖB

La mucocèle et le polype muqueux se développent plus rarement aux dépens des sinus sphénoïdaux qu'au niveau des autres sinus. Ils peuvent atteindre en cet endroit un volume considérable.

Les deux observations rapportées concernent, l'une une volumineuse mucocèle sphénoïdale, l'autre un polype muqueux phagédénique de même localisation. Chaque fois l'évolution clinique est longue, les signes oculaires d'apparition tardive évoluent rapidement vers l'amaurose, les destructions osseuses peuvent être importantes et intéressent la région de la selle turcique, les sinus sphénoïdaux et toute la partie médiane de l'étage nasohypophysaire.

D'après l'aspect histologique du polype muqueux et la comparaison avec certaines descriptions histologiques de mucocèles contenues dans la littérature, il semble certain que la mucocèle soit en réalité le résultat d'une dégénérescence à l'intérieur d'un polype muqueux.

Le traitement par voie rhinologique de ces affections peut être impossible ou incomplet. L'efficacité des thérapeutiques antibiotiques actuelles permet aujourd'hui un abord intracranien et transdural formellement contre-indiqué naguère.

En fin de séance, à l'instar de l'Académie de médecine, l'assemblée discute et adopte à l'unanimité une motion de protestation contre un récent arrêté-loi du gouvernement général du Congo, qui autorise l'ouverture de débits de boissons, dont certains pourraient vendre au détail des spiritueux et autres boissons fortement alcoolisées.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Rapports de la sixième semaine psychothérapique 1955 à Lindau (Die Vorträge der 6 Lindauer Psychotherapiewoche 1955), par Ernst SPEER (1 vol., gr. in-8°, 196 pages, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1956, D.M. 15).

Le professeur Ernst Speer groupe dans le présent volume les rapports développés pendant la sixième semaine psychothérapique de Lindau, du 2 au 7 mai 1955.

La première partie envisage des contributions à la psychologie de la femme. C'est, tout d'abord, « la technique gynagogique », par Eberhard Schaetzing. Il s'agit d'une forme de traitement des troubles psychiques féminins dans le cadre de la gynécologie. L'auteur montre quels sont les éléments du diagnostic médical et les difficultés possibles ; il met en relief l'importance des facteurs psychiques, la valeur de « l'autogène training ». Pour lui, les hystériques semblent plus faciles à traiter que les obsédées. « Le développement de la psychothérapie en gynécologie » est étudié par le professeur A. Mayer (de Tübingen). Il faut bien connaître l'insuffisance d'une conception trop matérielle, trop somatique de la gynécologie. Les traitements organiques donnent souvent des résultats incomplets. L'adjonction de la psychothérapie est nécessaire. Après un rappel historique, l'auteur montre l'importance d'une bonne anamnèse, la place essentielle à accorder aux facteurs psychiques.

Rud. Hellmann (de Hambourg) décrit « le facteur psychique en obstétrique », évoquant le rôle des éléments psychiques, la pratique de l'accouchement sans douleur et l'emploi de l'hypnose.

« Les tableaux cliniques des affections gynécologiques psychogènes et leur traitement » sont décrits par le professeur E. Kehrer (de Heidelberg), qui insiste sur l'importance des facteurs psychogènes, au cours de nombreux syndromes passés en revue. Pour l'auteur, si la psychothérapie est indispensable, la psychanalyse n'est pas indiquée.

« Gynécologie et psychothérapie » est le rapport présenté par Hélène Michel-Wolffromm (de Paris). Elle rappelle les principes du diagnostic, les grandes directives du traitement, le choix des indications. Si celles-ci sont bien posées, il y a un tiers de succès, un tiers d'améliorations partielles, un tiers d'échecs.

H. Roemer (de Giessen) traite des « névroses d'origine gynécologique ». La manifestation organique d'une névrose nécessite cinq facteurs : qualité

de l'affect causal, disposition organique, association de situations, finalité de la manifestation morbide, tendance à la présentation symbolique. La psychothérapie est un traitement particulièrement intéressant en association à des méthodes organiques, mais la part de la première est prépondérante.

Le professeur Berthold Kihn (d'Erlangen), qui envisage « la vocation de la femme et les névroses », montre les variations du travail féminin suivant les pays, les difficultés souvent observées pour concilier la vie au foyer et une activité professionnelle au dehors. Dans de telles situations, les facteurs névrotisants sont fréquents.

« Les crises de maturation de la femme » sont traitées par Helmuth Stolze (de Munich), qui décrit le mythe de Perséphone : symbole des saisons et aussi de la maturation, retrouvé dans la poésie et dans le rêve. Il faut distinguer des crises de l'adolescence, du début de l'âge adulte, de la ménopause, dont des exemples sont rapportés. Les crises de maturation ne doivent pas être considérées comme constituant forcément des névroses.

Enfin, sous le titre « La femme », G. R. Heyer (de Nussdorf am Inn-Berghof) rappelle quelques particularités et quelques difficultés de la psychologie féminine et montre la nécessité d'une étude soignée.

La deuxième partie est consacrée à des « contributions à la psychologie criminelle ».

Hans Zulliger (de Berne Ittigen) décrit « les champs instinctifs inconscients dans les vols infantiles ». Le but de la pédagogie doit être de prévenir les récidives ; malheureusement, les échecs sont fréquents. Il faudrait mieux connaître les causes psychologiques ou pathologiques du vol. Un exemple est rapporté avec interprétation de rêves révélant des idées de jalousie et action favorable de la psychothérapie. D'autres observations citées répondent à des mécanismes différents.

Elfriede Huhn (de Tübingen) considère « la signification de l'imagination dans l'apparition du délit ». L'imagination peut avoir une action double : soit favorable, constituant une véritable soupape de sûreté, soit néfaste, pathogène. Des recherches faites avec les tests projectifs montrent que la censure est moins forte chez les délinquants que chez les sujets normaux. Dans le Thematic Apperception Test, s'observent fréquemment des récits criminels où ne s'exprime aucun remords.

Le problème discuté de « la kleptomanie » est examiné par le professeur Johannes Hirschmann (de Tübingen). Dans ce syndrome, le vol n'est pas un moyen, c'est le but lui-même. Les causes sont nombreuses, répondant aux mécanismes les plus variés. Parmi ceux-ci, sont développés particulièrement ceux mis en valeur par les psychanalystes.

La troisième partie comprend des rapports d'auteurs suisses. C'est d'abord « la psychanalyse d'une acromégale », par E. Blickenstorfer (de Zürich), appuyée sur une anamnèse très complète.

Adolf Friedemann (de Biel) envisage « le comportement homosexuel comme un trouble de contact ». Il fait des commentaires analytiques, psychologiques (avec emploi des tests) et thérapeutiques à la psychologie du contact. L'étude faite à propos d'un cas clinique chez un malade de 26 ans montre qu'il y a dans le syndrome un trouble des rapports internes du sujet et des relations avec l'ambiance.

G. Benedetti (de Zürich) traite de « la cure des jeunes enfants anorexiques par la psychothérapie de la mère ». On connaît l'importance de la mère pour

la formation psycho-physique de l'enfant et, en particulier, le rôle essentiel des rapports mère-enfant dans le domaine des fonctions digestives et de l'appétit. Des exemples démonstratifs sont décrits permettant d'utiles conclusions thérapeutiques.

Sous le titre : « Organisation et originalité, obtention et but », le professeur G. Bally (de Zürich) fait quelques commentaires sur le but de la psychothérapie et sur son évolution. Actuellement, l'autorité paternelle étant moins forte qu'au temps de Freud, le complexe d'Œdipe serait plus rare. De même, tandis que l'hystérie dominait il y a cinquante ans, c'est maintenant le règne de la schizophrénie.



Le volume se termine par deux rapports indépendants : « Tableaux cliniques pseudo-névrotiques dans les tumeurs cérébrales », par T. Riechert et R. Hemmer. Fréquemment, les tumeurs cérébrales se traduisent par des troubles pseudo-neurasthéniques. Sur une série de 584 néoformations opérées, il y eut 33 cas de formes de ce type. Quelques cas sont décrits montrant des syndromes pseudo-neurasthéniques ou pseudo-névrotiques trompeurs. Certains petits signes révélateurs sont indiqués.

Enfin, J. H. Schultz (de Berlin-Charlottenburg) étudie les problèmes posés par « Psychologie et anthropologie ». Précisant les positions respectives de la psychologie classique et de la psychologie médicale, il montre que celle-ci n'est qu'une variété de psychologie appliquée. Il critique quelques conceptions actuelles de la psychologie, puis développe quelques-unes de ses vues personnelles comme elles ont été exposées notamment dans « Bionome Psychothérapie ».

La plupart des rapports se terminent par des bibliographies plus ou moins importantes. Comme l'indique Ernst Speer, il ne devait pas y avoir de semaine psychothérapique de Lindau en 1956. La prochaine doit se tenir du 6 au 11 mai 1957.

V.-J. DURAND.

Psychologie médicale (Medizinische Psychologie), par Ernst KRETSCHMER, onzième édition améliorée et complétée, un volume, gr. in-8°, viii-382 p., avec 35 figures et 2 tableaux en couleurs, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1956, D.M. 29.60.

Cette onzième édition de l'ouvrage classique du maître de Tübingen se montre plus complète que la précédente. L'étude des pulsions et des instincts, en liaison avec les données de la psychologie animale et en parallèle avec la biologie animale et les problèmes des névroses, a été développée. Des contributions nouvelles sont apportées en ce qui concerne la physiologie du développement constitutionnel. Des appoints importants ont été faits au chapitre traitant de la psychothérapie, à la question de l'analyse exacte de la psychomotricité par la mesure de la pression de l'écriture, enfin au problème des tests projectifs. D'autres adjonctions concernent les diverses méthodes psychothérapiques.

Dans sa préface, l'auteur indique les changements et appoints apportés à son ouvrage à cause des progrès récents. Puis, dans son introduction, il

montre la nécessité de donner au médecin des notions de psychologie, à base essentiellement pratique.

La première partie du livre étudie « les fonctions mentales principales et la construction anatomo-physiologique ».

Dans le premier chapitre est envisagée « la nature du psychisme ». L'auteur oppose le monde du moi et le monde extérieur, distingue l'esprit et la matière, considérant que « le psychisme est le monde comme Erlebnis ». Les rapports du dualisme et du monisme sont souvent difficiles à préciser. Il faut souhaiter un spiritualisme qui évite le solipsisme. Les conceptions actuelles du problème âme-corps sont rappelées ainsi que les discussions sur les localisations cérébrales.

Le deuxième chapitre est consacré aux « impressions sensibles et à l'édification du monde des perceptions ». Il est utile de distinguer : 1) les impressions voisines des affects : goût, odorat, sens kinesthésique, cénesthésie, pour lesquelles le rôle du thalamus doit être souligné ; 2) les impressions représentatives : tact, vue, ouïe, fondements du langage. L'auteur précise le degré d'élaboration et le degré de corporalité (c'est-à-dire de transformation en perception) des impressions, puis évoque l'éidétisme et l'action de la mescaline.

Ensuite, sont étudiées (troisième chapitre), « les circonvolutions cérébrales et les fonctions mnésiques et associatives », ce qui conduit à envisager successivement : les localisations des circonvolutions, les fonctions formelles (Gestalt) (problèmes de l'aphasie, de l'agnosie, de l'apraxie), les fonctions cérébrales anciennes (sensori-motrice, de Gestalt, mémoire et pensée), le syndrome du lobe frontal traduisant la division du travail entre cerveau et tronc cérébral.

Dans le quatrième chapitre, « l'établissement de la psycho-motricité et les centres sous-corticaux » sont décrites diverses recherches physiologiques et pathologiques.

Enfin, le dernier chapitre de la première partie étudie « les fonctions psychiques centrales et le système végétativo-endocrinien » : les fonctions psychiques centrales (conscience, dynamisme, affectivité) ayant d'importants rapports avec le diencéphale.

La deuxième partie envisage « les appareils psychiques et leur édification évolutive et historique ».

Un premier chapitre retrace les étapes historiques du développement du psychisme. Il faut distinguer : 1) le développement des processus d'imitation : développement du langage, lois de l'agglutination des images, loi de la stylisation, loi de la projection d'images subjectives et objectives, non séparées par les peuples primitifs, enfin différences entre sensation, image et objet ; 2) le développement de l'affectivité : catathymie, projection des affects et notion de Tabou, ambivalence ; c) le développement des processus d'expression : formes des mouvements végétatifs et rythme, mouvements d'essai, loi du raccourcissement formel et réflexe, tropismes, expression de la volonté et expression des affects, instincts et pulsions avec données tirées de la psychologie comparée, modèle moteur nécessitant une étude objective complète.

Le septième chapitre étudie les mécanismes hyponoïques : tout d'abord, le rêve avec ses lois, ses mécanismes. L'auteur montre l'intérêt du terme de « sphère » pour désigner la périphérie du champ de conscience. Ce terme serait peut-être préférable à celui d'inconscient. Puis sont envisagés l'hyp-

nose et les états crépusculaires hystériques, les processus de pensée schizophréniques et l'expressionnisme, les associations libres, l'imagination et la fuite des idées, la pensée aperceptive et les catégories logiques. La pensée aperceptive est subjectivement définie comme une pensée active, attentive, objectivement comme une pensée avec représentation distincte.

Les mécanismes hypobouliques font l'objet du huitième chapitre : mouvements rythmiques, mouvements de panique et crises hystériques, négativisme et suggestion, actions librement fantaisistes.

Les instincts et les tempéraments sont étudiés dans la troisième partie.

C'est d'abord, dans le neuvième chapitre, une description des instincts et de leurs modifications. Après des généralités exposées de façon détaillée, sont passées en revue : les instincts de nutrition, de protection et de défense, sexuel dans ses nombreuses variétés. Le développement de ce dernier instinct est décrit, ainsi que ses transformations possibles, y compris les faits de conversion et de sublimation.

Puis, au cours du dixième chapitre, sont étudiés les tempéraments avec leurs caractéristiques psychologiques, leurs types correspondants, les variantes constitutionnelles du degré et du temps de maturation. Les travaux de l'auteur et de son école sont largement mis à contribution.

La quatrième partie est consacrée aux personnalités et aux types de réaction.

Dans le chapitre onze, c'est l'étude de l'intelligence et du caractère : formes d'intelligence, rapports avec le caractère, éthique et monde extérieur.

Le douzième chapitre a pour objet l'important problème des « Erlebnisse ». L'Erlebnis peut être décrit comme un groupe psychique affectivement chargé et apparaissant spontanément à la conscience. Très voisins sont les complexes, les idées prévalentes, les motifs. Les Erlebnisse présentent diverses formes : les plus importantes, correspondant aux Erlebnisse les plus forts, sont celles qui concernent les instincts élémentaires. Il faut souligner le rôle essentiel joué par le ressentiment et l'ambition.

Les réactions primitives sont exposées dans le chapitre suivant, ce qui amène à décrire successivement : réactions explosives, actes en court-circuit, réactions hypobouliques et hyponoïques, simulation et refoulement.

Les réactions de la personnalité sont traitées dans le quatorzième chapitre. Il faut considérer ces phénomènes comme spécifiques. Ce sont des « réactions-clefs » répondant aux caractéristiques de la personnalité totale. Les principales sont les réactions sthéniques, asthéniques et autistiques. Les développements expansifs se voient particulièrement dans la paranoïa : quérulants, délirants jaloux, persécutés. Il y a toujours un point faible à rechercher avec souvent sentiment de culpabilité. Les développements sensitifs correspondent aux sentiments d'échec et d'insuffisance, aux réactions asthéniques ; il s'agit parfois du « Sensitive Beziehungswahn » ou d'obsession, de sentiments de honte, de préoccupations hypocondriaques. Enfin, la réalisation de désirs autistiques peut se voir dans l'érotomanie, le délire de compensation.

La cinquième et dernière partie, très importante, est celle de la psychologie médicale pratique.

Elle commence, dans le quinzième chapitre, par l'étude de l'exploration expérimentale et des réactions du malade. Ceci amène à d'intéressantes considérations sur le recueil de l'anamnèse, sur l'interrogatoire (danger des

questions suggestives), sur l'exploration de l'intelligence et les méthodes expérimentales d'étude de l'attention, de la mémoire, de l'intelligence productive, de la fatigabilité. Les tests d'intelligence sont exposés, puis les moyens d'examiner les réactions affectivo-végétatives (réflexe psycho-galvanique), la psycho-motricité (tempo psycho-moteur, coordination optico-motrice, intégration motrice, mesure de la pression pendant l'écriture).

Etabli en collaboration avec le Dr Ch. Schick, le seizième chapitre traite des méthodes de tests projectifs. Après quelques généralités, sont exposées les notions essentielles sur les tests suivants : Rorschach, Thematic Apperception Test, variantes de celui-ci (test de frustration de Rosenzweig, « Four-Picture Test » de Van Lenep, test de Symond, Child Apperception Test de Bellak, test du Michigan de Walton, Andrew, Hartwell et Hutt, « Blacky Figure Test » de G. S. Blum, test des attitudes familiales de L. Jackson, test de réaction au comique de Redlich, Levine et Sohler), tests de dessin (Wartegg, test de l'arbre de K. Koch, dessin du bonhomme), tests de jeux et de construction (test du monde de Charlotte Bühler, Szenotest de G. von Staabs, test du village d'Arthus, « Make a picture story test » de Shneidman), test de Szondi, tests de couleurs (test du choix des couleurs de Lüscher, test de la pyramide de couleurs de Pfister-Heiss).

Enfin, le dix-septième et dernier chapitre est consacré à la psychothérapie. L'auteur indique les lignes directrices générales de la psychologie pour la pratique médicale, montre les rôles respectifs du travail et du repos, leurs indications, leurs limites, la valeur de l'ergothérapie et de la persuasion. Etudiant ensuite les systèmes psychothérapiques dans leur développement historique, il distingue : 1) des méthodes élémentaires hypobouliques, avec traitement suggestif à l'état de veille en une seule séance assez longue, protreptique (méthode suggestive proposée par l'auteur), hypnose ancienne qui peut conserver certaines indications. Il convient d'associer analyse, suggestion et rééducation ; 2) des méthodes essentielles différenciées : psychanalyses de Freud, de C. G. Jung, d'Adler (ce qui amène à étudier les dessins spontanés, les notions de transfert et de résistance), méthodes d'entraînement, surtout « autogene training » de J. H. Schültz et méthode standard à deux voies de Kretschmer, psychosomatique. A ce sujet est montrée la nécessité de tenir compte des facteurs psychiques dans les maladies organiques. Le diagnostic pluridimensionnel s'impose, il faut étudier les réflexes conditionnés, ne pas se contenter des conceptions anatomiques, insuffisantes ; 3) des méthodes auxiliaires : psychothérapie de groupe, psychagogie et moyens simples d'éducation. Il n'y a pas d'analyse sans psychagogie, pas de psychagogie sans analyse.

Etudiant la formation de la personnalité, l'auteur envisage la construction de celle-ci d'après les lois et activités constitutionnelles, puis considère la méthode d'Adler, la Daseinsanalyse de Binswanger et Boss, la logothérapie existentielle de Frankl, les solutions archétypes de C. G. Jung, les directives religieuses.

L'ouvrage se termine par l'exposé des vues de l'auteur sur les problèmes posés par la médecine psychosomatique. Il est complété par de nombreuses références bibliographiques, un bref vocabulaire psychiatrique et neurologique, un index onomastique, un index analytique.

V.-J. DURAND.

Les troubles mentaux dans les tumeurs frontales, par Raymond DESHAYES, thèse de Bordeaux, 1956 (1 volume, 198 pages, Imprimerie Sammarcelli Frères, Bordeaux, 1956).

Il s'agit d'un important travail de la clinique des maladies nerveuses et mentales (professeur Delmas-Marsalet).

Dans le préambule, l'auteur expose le double but de sa thèse : dépistage plus précoce des tumeurs frontales, d'une part, meilleure connaissance de la psychophysiologie du lobe frontal, d'autre part. Puis il précise quelques définitions. Ce qui est envisagé comme lobe frontal, c'est la région pré-motrice, soit le lobe préfrontal. Les troubles mentaux à faire entrer dans l'étude sont également délimités. Quant aux tumeurs causales considérées, il peut s'agir de néoformations d'origine méningée ou neuronale (ménin-giomes et gliomes), de tumeurs d'origine extrinsèque telles que les métas-tases. Il faut éliminer, par contre, les abcès et les lésions d'origine trauma-tique, ainsi que les ramollissements ou même les hémorragies spontanées, les tumeurs dysembryoplasiques, celles d'origine hypophysaire à dévelop-pement sous-frontal, certaines tumeurs du III^e ventricule.

Un historique soigneux permet de passer en revue les différentes opinions émises au sujet des troubles mentaux des tumeurs frontales.

Puis un chapitre est consacré à la description des études expérimentales chez l'animal, depuis Ferrier jusqu'à Jacobsen et Messimy.

Ensuite, sont rappelées les notions physiologiques et psychologiques dédui-tes des conséquences des lobectomies et des lobotomies. Les suites des diver-ses méthodes psychochirurgicales sont décrites.

L'auteur entreprend alors une importante étude analytique classique du « syndrome mental frontal ». Il y distingue successivement : a) les trou-bles de l'humeur et du caractère avec surtout subexcitation, euphorie, moria, plus rarement dépression ; b) les troubles intellectuels : de l'attention spon-tanée, de la mémoire de fixation avec fatigabilité psychique ; c) les troubles du niveau de la conscience (désorientation, perte de l'autocritique) ; d) les troubles de l'activité ou troubles moteurs complexes : bradykinésie, schizo-basie due à un défaut d'intégration des fonctions de la marche, atteinte du langage, actes stéréotypés ; e) les troubles instinctuels et neuro-végétatifs variables, les troubles sphinctériens ; f) le syndrome calleux, dont les mani-festations ne sont pas spécifiques ; il y a plutôt un syndrome fronto-calleux impossible à dissocier en ses deux éléments ; g) les troubles psychotiques et névrotiques variables ; h) les troubles paroxystiques, soit de type épilep-tique, soit de type hallucinatoire.

Un long chapitre est consacré alors à la description de 137 observations dont 42 de méningiomes et 95 de gliomes et de métastases.

C'est en se basant sur elles que l'auteur reprend les différents symptô-mes constatés et s'efforce de les grouper suivant trois catégories d'après l'état antérieur du sujet, d'après la localisation et d'après la nature de la tumeur.

L'essai de groupement des symptômes par rapport à l'état antérieur comprend la description des modifications de cet état, puis celle de l'apparition d'une nouvelle personnalité. Adoptant les principes de dissolution de Jackson, l'auteur distingue, en ce qui concerne les modifications de l'état antérieur, des signes négatifs et des signes positifs. Les premiers atteignent : a) la sphère de la causalité : déficit mnésique (amnésie de fixation, amnésie

de conservation, amnésie d'évocation, soit localisée, soit extensive, amnésie de reconnaissance), troubles de l'attention, troubles de l'insertion temporo-spatiale, affaiblissement du jugement avec fréquente perte de l'autocritique, troubles de l'association des idées et du courant de la pensée, baisse de l'imagination ; *b*) la sphère des instincts : instincts de conservation proprement dits (anorexie fréquente, troubles métaboliques contrastant avec des réultats sensiblement normaux aux examens de laboratoire), instincts de défense (agressivité, irritabilité, colères), instinct génésique aux atteintes variables, instinct de vigilance (hypersomnie) ; *c*) la sphère de l'affectivité : tonus affectif diminué (indifférence, signe très important, souvent asthénie, apathie), émotivité abaissée ; *d*) la sphère de l'activité : parfois inertie, souvent bradykinésie, perte de l'initiative, malades professionnelles, fatigabilité, dans les cas extrêmes : akinésie de type catatonique.

Les signes positifs sont parfois considérés comme l'exagération des possibilités antérieures. Plus souvent, ils sont liés à la libération des centres hiérarchiquement inférieurs : fabulation et fausses reconnaissances, onirisme, automatisme mental rare, automatisme moteur, itératisme, agitation.

L'apparition d'une nouvelle personnalité est liée au facteur tumoral et à ses retentissements. Les différents éléments doivent en être étudiés : personnalité intellectuelle, la plus caractéristique (puérilisme, défaut d'initiative, souvent réactions caractérielles), personnalité thymique (soit exaltation et moria, witzelsucht, soit asthénie, bradypsychie de type mélancolique ; souvent indifférence, insouciance), personnalité instinctuelle (la sphère des instincts prend la première place), personnalité automatique (le malade est incapable d'acquérir de nouveaux automatismes et son éducation est impossible).

L'essai de groupement des symptômes par rapport à la topographie conduit d'abord à séparer : tumeurs extrinsèques et tumeurs intrinsèques.

Les tumeurs extrinsèques ou méningiomes agissent par des mécanismes différents suivant leur stade évolutif. D'après le siège, l'auteur distingue : méningiomes de la convexité (dix cas), l'atteinte du côté droit semble s'accompagner moins souvent de troubles psychiques ; méningiomes de la faux et parasagittaux (trois de chaque sorte) ; méningiomes olfactifs (trois dont un sans trouble mental, les deux autres avec manifestations liées à l'hypertension intracrânienne. Deux cas de méningiomes jugo-olfactifs ne comportent pas de troubles psychiques, un de méningiome olfacto-orbitaire bilatéral montre une dépression asthénique) ; méningiomes du tubercule de la selle (sept observations) ; méningiomes de la petite aile du sphénoïde (sept cas) ; méningiomes multiples (quatre observations dont deux sans troubles mentaux).

Pour les tumeurs intrinsèques, il n'a pas été trouvé de rapport entre les différents symptômes et le siège, sauf le syndrome « apathie-akinésie-perte de l'initiative » pour les gliomes du lobe orbitaire.

C'est à des difficultés très grandes que l'on se heurte dans l'essai de grouper les symptômes d'après la nature histologique. Pour ce qui concerne les tumeurs intrinsèques, on peut opposer des tumeurs non actives (métastases, oligodendrocytomes, astrocytomes, protoplasmiques, glioblastomes isomorphes), à symptomatologie pauvre et des tumeurs actives (astrocytomes fibreux, astroblastomes, gliomes hétéromorphes), aux signes plus variés, mais parfois trompeurs.

Les formes mentales suivant l'âge peuvent poser de nombreux problèmes

diagnostiques. La thèse rappelle les travaux d'autres auteurs sur les tumeurs du nourrisson, de l'enfant, et après 50 ans.

Puis sont étudiées les associations pathologiques avec : les traumatismes, l'alcoolisme, le passé psycho-névrotique, l'épilepsie, les manifestations vasculaires à distance.

La question de la spécificité du syndrome frontal est discutée. L'auteur admet qu'il n'y a pas de syndrome mental frontal spécifique, mais il pense qu'il existe un tableau clinique de type frontal, lié à l'action d'une tumeur sur la zone cérébrale frontale. Donc, un « syndrome mental frontal » doit faire entreprendre les examens paracliniques permettant de préciser le diagnostic étiologique.

Dans ses conclusions, l'auteur rappelle que le tableau psychique des malades atteints de tumeurs frontales ne peut être rattaché aux cadres de la nosologie psychiatrique classique. Une tumeur fait apparaître une nouvelle personnalité, résultant des déficits de la région exclue et du fonctionnement nouveau imposé au reste de l'encéphale. Les différentes sphères de la personnalité sont atteintes de façon variable. C'est dans les gliomes malins que la symptomatologie est particulièrement riche. L'existence possible d'associations pathologiques rend souvent les problèmes diagnostiques et étiologiques.

Une importante bibliographie complète cette thèse, qui s'appuie sur l'abondant matériel clinique de la clinique universitaire du professeur Delmas-Marsalet.

V.-J. DURAND.

Vieilles et nouvelles connaissances sur l'épilepsie du lobe temporal (Vecchie e nuove conoscenze su l'epilessia del lobo temporale), par Tommaso SENISE, professeur libre de la clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Naples, ancien médecin-chef de l'hôpital psychiatrique provincial (un volume, 104 pages, Biblioteca di « Il cervello », Naples, 1956, 600 liras).

Cet ouvrage reproduit en un volume le texte d'un important mémoire publié dans la revue « Il cervello », 32^e année, n° 1, 15 janvier 1956, p. 65-99, et n° 2, 15 mars 1956, p. 147-211. L'auteur reprend le problème discuté des symptômes de l'épilepsie du lobe temporal ; il distingue des symptômes cardinaux (« dreamy state », hallucinations olfactives et gustatives) et des symptômes complémentaires (automatisme moteur, sensations anormales, vertiges, état émotionnel particulier, hallucinations auditives et visuelles, etc.). Puis, il fait un exposé critique des résultats de l'électro-encéphalographie, en mettant surtout en évidence les grandes difficultés rencontrées pour obtenir une interprétation exacte des tracés. La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à une étude détaillée de la corne d'Ammon et de sa sclérose. A propos des fonctions attribuées à la corne d'Ammon, l'auteur montre qu'on ne sait rien de sûr et de précis, malgré des recherches nombreuses. De même, les problèmes de l'étiopathogénie de la sclérose de la corne d'Ammon et ceux des rapports entre cette sclérose et les phénomènes épileptiques sont loin d'être résolus malgré la multiplicité des hypothèses émises.

En terminant, l'auteur rappelle quelques données statistiques relatives à la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie temporale. Une très importante bibliographie complète l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le rôle du cortex temporal dans certains phénomènes psychiques, par W. PENFIELD. (*The Journal of Mental Science*, vol. 101, n° 424, juillet 1955, p. 451).

Les états enregistrés par la conscience peuvent être réactivés par une stimulation électrique du lobe temporal ou par une décharge épileptique localisée dans cette même aire (dreamy states). Sous l'action d'une stimulation électrique du cortex du lobe temporal, le sujet se remémore certains incidents de sa vie antérieure ; on peut donc admettre qu'il y a eu une succession d'impulsions qui, venant d'une zone d'intégration centrale, ont déterminé une modification physique ganglionnaire dans le lobe temporal ; le courant électrique peut faire reparaître les détails enregistrés. Les réponses psychiques (hallucinations et illusions) résultent d'une stimulation des surfaces latérales et supérieures des lobes temporaux. La stimulation directe de l'uncus et de l'hippocampe ne donne aucune réponse psychique et cependant ces zones ont des connections avec le lobe temporal. L'ensemble ganglionnaire qui est intervenu dans l'enregistrement des détails ainsi rappelés semble constituer le vrai substratum de la conscience puisque seules les choses rappelées sont celles qui ont été enregistrées avec attention. L'auteur divise les réponses psychiques à la stimulation du cortex temporal en deux groupes : 1° la crise expérimentale, qui est une hallucination concernant un fait vécu antérieurement ; 2° la crise interprétative, qui est une illusion, une fausse interprétation d'une situation présente, le sujet reste conscient et il est encore capable d'introspection. Il est probable que ces deux formes de crises psychiques viennent de la même zone cérébrale. La première est une réactivation d'un enregistrement du cours de la conscience ; la deuxième est une fausse interprétation de ce qu'enregistre la conscience au moment même.

La crise automatique, amnésique, psycho-motrice, est différente. Les études électro-encéphalographiques prouvent que l'automatisme apparaît dès le début de la crise épileptique et continue après que la décharge est terminée durant la période de fatigue ganglionnaire ; il est produit par la stimulation de points voisins du noyau amygdalien.

Puisque la stimulation d'un point du lobe temporal rappelle un lambeau de la vie consciente, on peut faire l'hypothèse que cette activation suit un chemin ganglionnaire préformé qui aboutit dans une zone d'intégration centrale contenant les enregistrements anciens. Cette aire ne paraît pas être un système d'association corticale, mais un système centrencéphalique d'intégration, résultat d'une activité synchrone à la fois centrale et corticale. Il semble probable que les deux lobes temporaux sont utilisés simultanément pour les besoins de l'enregistrement du courant de la conscience attentive.

L. MARCHAND.

Psychoses puerpérales, par C. TETLOW. (*The Journal of mental Science*, vol. 101, n° 424, juillet 1955, p. 629).

Les malades qui sont atteints de psychoses compliquant la grossesse et l'accouchement ont souvent une instabilité mentale plus accentuée que les personnes qui ne présentent aucune modification mentale durant la puerpéralité. L'auteur admet qu'elles ont un défaut de personnalité particulier en ce qui concerne la fonction reproductrice. Quoique, d'après les statistiques, les psychoses puerpérales débutent souvent après la quatrième semaine de l'accouchement, les complications obstétricales ne sont pas la cause des psychoses de la grossesse. Un caractère spécifique s'observe dans les observations des malades atteintes de psychoses affectives puerpérales, c'est un état émotionnel pervers envers l'enfant.

L. MARCHAND.

L'état psychodynamique causé par le « sevrage de la boisson » (dry drunk) par J. A. FLAHERTY, H. T. MCGUIRE et R. L. GATSKI. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 112, n° 6, décembre 1955, p. 460).

Le terme « dry drunk » est employé par les alcooliques pour désigner l'état dans lequel ils se trouvent pendant la période où ils sont privés de boissons alcooliques. Ils éprouvent les mêmes tensions émotives et physiques que celles des alcooliques au moment de leur impulsion à boire, c'est-à-dire un état de dépression et de frustration joint à une indécision à se remettre à boire. Cette tension se manifeste davantage la première année de sobriété et diminue à mesure que cette période s'allonge. Quand les sujets sont guéris, ils sont heureux d'avoir pu résister à cette période de désir. Les membres qui font partie de la « Corporation des alcooliques anonymes » sont d'un plus grand secours pour aider les sujets à supporter le « dry drunk » que les épouses et les membres de la famille.

L. MARCHAND.

Hallucinations lilliputiennes. Rapports de huit cas, par S. GOLDIN. (*The Journal of Mental Science*, vol. 101, n° 424, juillet 1955, p. 569).

Après avoir rappelé que c'est Raoul Leroy qui fut le premier aliéniste qui s'intéressa scientifiquement aux hallucinations qu'il appela lilliputiennes, l'auteur fait un bref historique de cette forme hallucinatoire. Il insiste sur le fait que Raoul Leroy montra qu'il ne faut pas confondre, comme certains auteurs l'ont fait, la micropsie, dans laquelle tout ce qui nous environne est vu en miniature, et les hallucinations lilliputiennes, qui ne s'accompagnent pas de micropsie. Les trois premières observations de Goldin ont trait à des sujets déments et paranoïaques atteints d'artériosclérose cérébrale. Dans les quatrième et cinquième observations, les hallucinations étaient symptomatiques d'états confusionnels dans lesquels des toxines endogènes se compliquaient d'une anoxémie cérébrale. Le délire dans le sixième cas, d'origine toxique endogène, s'associa plus tard à des symptômes paranoïdes et dépressifs. Les sujets des cas sept et huit étaient des épileptiques ; leurs hallucinations n'étaient ni colorées, ni mobiles. Chez les autres : mouvements, couleurs, variétés, les caractérisaient, et souvent elles se combi-

naient avec des hallucinations olfactives et auditives. L'auteur propose une théorie psychanalytique concernant la production des hallucinations lilliputiennes.

L. MARCHAND.

Neurobiologie de la douleur et analgésie adrénergique (Neurobiologia del dolore e analgesica adrenergica), par C. PERO (de Catane). (*Acta neurologica*, Naples, 11^e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 1-9).

Rappelant quelques discussions sur les mécanismes de la douleur, l'auteur indique que, dès 1939, il avait tenté une interprétation biochimique des phénomènes algiques. Ces derniers peuvent être considérés comme l'expression d'une surcharge d'acétylcholine dans les synapses ou d'un hyperfonctionnement des neurones cholinergiques. Au contraire, l'analgésie est conditionnée par des décharges adrénergiques au niveau de ces synapses. Ceci fut de très petites quantités d'adrénaline. D'autres auteurs, ultérieurement, vérifié par l'amélioration de douleurs grâce à des injections intraveineuses confirmèrent le rôle de l'acétylcholine dans l'apparition de la douleur et l'action analgésique de l'adrénaline. Mais certains parurent ne pas tenir compte de l'auteur italien. Actuellement, des progrès ont été obtenus. Les antihistaminiques de synthèse agissent sans doute par un mécanisme adrénergique. Les ganglioplégiques possèdent une fonction antalgique en provoquant un blocage synaptique. D'intéressantes applications peuvent être la conséquence de la conception de l'auteur.

V.-J. DURAND.

Une investigation sur la réadaptation au travail des cas psychiatriques (An investigation into the readjustment to work of psychiatric cases), par T. M. LING, V. W. WILSON et L. A. BRIGGS (de Horsham, Sussex). (*The international journal of psychiatry*, vol. 1, n° 2, automne 1955, p. 18-27).

La catamnèse a été faite pour 131 malades qui avaient quitté le « Roffey Park Rehabilitation Center » depuis deux à sept ans, après y avoir reçu un traitement de six à huit semaines. L'enquête avait pour but de découvrir le degré d'adaptation au travail. Les entreprises et les assistants estimèrent à 68 % le nombre des bien adaptés, à 28 % ceux des moyennement adaptés, à 4 % ceux des faiblement adaptés. Les sujets eux-mêmes s'estimaient bien adaptés dans 52 % des cas, assez bien dans 42 %, faiblement dans 6 %. Des aspects divers de la vie professionnelle des malades furent examinés en rapport avec les renseignements cliniques obtenus à l'admission et à la sortie. Le traitement à court terme suivi dans l'établissement intervint en brisant le cercle vicieux de la névrose qui isolait l'individu de la communauté et en l'aidant à reprendre une place active dans la situation professionnelle. Un intérêt compréhensif montré par la firme pour l'ancien malade et un climat favorable dans le travail sont d'importants facteurs pour le rétablissement du névrotique. Pour assurer que les meilleurs intérêts du malade et de l'entreprise soient préservés, une coopération et des communications excellentes entre hôpital et firmes sont essentielles. Les plus grandes difficultés éprouvées par les sujets dans leur travail venaient de leur inhabileté à établir de bonnes relations sociales. La plupart des

sujets, bien que rencontrant des difficultés, étaient actifs et apportaient une contribution effective à la firme, mais aussi à la vie industrielle de la communauté.

V.-J. DURAND.

Quelques considérations sur la folie morale (Alcune considerazioni sulla pazzia morale), par Giovanni GIOVANNELLI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, 1956, p. 360-376).

L'auteur rappelle tout d'abord quelques opinions classiques sur la question de la folie morale. Puis, il expose sa conception personnelle sur la possibilité de l'existence d'une pathologie du champ moral. Il estime que le « fou moral », qui se distingue seulement par ses actions immorales, n'est pas un véritable malade mental, mais au contraire un sujet parfaitement responsable de ses actions coupables. Le fou moral ou immoral constitutionnel qui a une conduite nettement immorale ne montre, par contre, aucune perturbation de la sphère idéative et de la volonté. Son imputabilité est donc complète. On peut le définir comme une personnalité psychopathique et l'inclure parmi les inaffectifs ou les sujets émotionnellement froids, en notant cependant que de semblables définitions et délimitations servent à indiquer une simple déviation de la moyenne normative, bien loin de la frontière du pathologique et de l'irresponsabilité. Le code pénal italien considère que la folie morale ne supprime pas ou n'atténue pas la responsabilité et l'imputabilité, mais peut même constituer parfois une cause aggravante. Il n'y a donc pas d'opposition avec la psychiatrie classique ou avec les tendances actuelles. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le problème de la schizophrénie chez Federn (Il problema della schizofrenia in Federn), par Piero SAGRIPANTI (de Voghera). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, avril 1956, p. 211-226).

L'auteur expose les lignes essentielles de la théorie de Federn concernant la psychologie du moi, la doctrine de la schizophrénie et sa psychothérapie. Pour Federn, l'organisation psychique est centrée sur l'organisation du moi. L'idée nouvelle introduite par sa conception est celle des « confins du moi », délimitant une aire d'étendue variable entourant le noyau du moi. L'extranéité, la dépersonnalisation et la schizophrénie représentent des maladies du moi. Elles ont en commun une perte des investissements instinctifs du moi. Dans la schizophrénie, les trois principaux aspects de la symptomatologie sont constitués par l'invasion de la fausse réalité, par la régression à des états antérieurs du moi et par la disparition de la capacité de pensée abstraite. Le délire est un phénomène déficitaire, précoce par lésion du moi. Au sujet de l'étiopathogénie de la schizophrénie, Federn se montre éclectique. Il invoque des facteurs constitutionnels de résistance (existence d'une personnalité immature), des facteurs traumatiques externes, des causes organiques (gravidité, accouchement, maladies infectieuses, insuffisance de sommeil, érotisme), des conflits intérieurs, une tension émotionnelle prolongée.

La conséquence est un affaiblissement du moi. Le malade se défend spontanément par plusieurs moyens : réduction d'activité (renonciation à des ambitions personnelles, à des situations brillantes), sublimation, recours à la névrose, soit hystérique, soit obsessive, en général. Le devoir essentiel de la psychothérapie, de la schizophrénie, est d'aider le malade à conserver son énergie mentale. Pour Federn, « le territoire passé au moi doit retourner au ça », tandis que, pour Freud, c'était le contraire. Federn s'occupe du monde psychotique dans le seul but de mieux connaître le malade, mais il ne l'approfondit pas, sinon à travers les manifestations spontanées. Il ne stimule pas la production d'un niveau matériel pathologique. Le médecin doit s'appuyer sur la partie saine du sujet. La méthode de Federn se recommande par sa prudence. L'assimilation des théories classiques de la schizophrénie, l'appoint raisonné de la pensée psychanalytique ont permis une interprétation unitaire du phénomène schizophrénique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

L'hyperthermie hystérique. Note d'actualité en marge d'une vieille question (L'ipertermia isterica. Note d'attualità a margine di una vecchia questione), par M. NISTRI (de Florence). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 9, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 562-578).

L'auteur décrit tout d'abord trois observations d'hyperthermie chez des malades présentant, d'autre part, des manifestations hystériques. Rappelant les discussions soulevées à propos de la question de l'hyperthermie hystérique, il montre que de récents travaux expérimentaux, anatomo-cliniques et biopsychologiques, peuvent permettre d'expliquer cette fièvre. Il est possible de rechercher par des méthodes convenables la phénoménologie biologique des étapes intermédiaires, encore mal connues, qui conduisent de l'émotion-choc à l'excitation des centres hypothalamiques thermo-régulateurs. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Comportement antisocial. Résultat de stress social (Anti-social behaviour. A result of social stress), par S. KRAS (de Londres). (*The international journal of social psychiatry*, vol. 1, n° 2, automne 1955, p. 41-46).

À l'aide d'observations personnelles, l'auteur montre l'importance que peuvent prendre des conditions familiales et sociales défavorables, agissant comme stress, pour déterminer l'apparition de troubles de la conduite chez l'enfant. La connaissance du rôle exact de chacun des facteurs étiologiques ne s'obtient souvent que grâce à des interrogatoires répétés des divers membres de la famille. Une action psychothérapique combinée sur les différents membres de celle-ci est nécessaire. Elle peut permettre de résoudre des cas en apparence incurables et de faire disparaître des troubles accentués. Dans les observations rapportées intervenaient à la fois des causes familiales et sociales (éloignement des enfants à la campagne pendant la guerre pour échapper aux bombardements de la région londonienne). La psychothérapie individuelle s'est montrée efficace.

V.-J. DURAND.

Rapports entre psychonévrose obsessionnelle et épilepsie (Rapporti tra psiconevrosi ossessiva ed epilessia), par Gian Carlo REDA et Emma PARETTI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 1, janvier-février 1956, p. 18-28).

Les auteurs décrivent deux observations dans lesquelles apparaît une association d'épilepsie et de psychonévrose obsessionnelle et phobique. Le premier cas concerne une malade de 35 ans, avec hérédité psychopathique, souffrant d'épilepsie, de phobies, de délire de référence et de persécution. Les phobies étaient très spéciales (sensation pénible et incontrôlable d'aller « au-delà de l'espace »). Chez la seconde malade, âgée de 60 ans, l'hérédité était également chargée, mais les obsessions ne semblaient pas influencées par l'épilepsie. L'association épilepsie-obsessions, bien que très rare, apparaît pouvoir assumer un double aspect : ou bien être l'expression de graves tares spécifiques avec manifestations obsessionnelles à contenu particulier ; ou bien, représenter une association fortuite chez des sujets sans tares héréditaires spécifiques avec symptômes obsessionnels non pathoplastiquement influencés par l'épilepsie. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Recherches sur le métabolisme de l'indican chez les schizophrènes. Réactions qualitatives pour l'indicanurie exécutées comparativement chez des sujets normaux et schizophrènes (Ricerche sul metabolismo dell'indacano negli schizofrenici. Reazioni qualitative per l'indacanuria eseguite comparativamente in soggetti normali e schizofrenici), par E. ZARA et E. BUONDONNO (de Lecce). (*L'ospedale psichiatrico*, 24^e année, fasc. 1, janvier-mars 1956, p. 1-10).

Les auteurs ont exécuté comparativement chez cent schizophrènes et chez quarante sujets normaux des réactions de détermination de l'indican dans les urines. Dans l'ensemble, ils ont observé des pourcentages positifs plus élevés chez les schizophrènes que chez les sujets de contrôle. Un semblable résultat peut être rattaché au dysmétabolisme existant en cas de schizophrénie. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le traitement actuel de la maladie de Parkinson (sans nom d'auteur, mais signé B. G.). (*Médecine et hygiène*, Genève, 14^e année, n° 336, 30 août 1956, p. 327-328).

Le traitement actuel de la maladie de Parkinson comprend quatre éléments : la psychothérapie, la thérapeutique médicamenteuse, la physiothérapie et le traitement chirurgical. La première est indispensable. La chimiothérapie, longtemps réduite à la seule médication belladonnée, s'est enrichie, au cours des dix dernières années, par la découverte de divers produits synthétiques dont les plus intéressants sont l'artane, le parsidol et la cogentine (méthane, sulfonate de benzotropine). L'action de ces médicaments vraiment majeurs peut être utilement renforcée ou corrigée, soit par leur combinaison à la scopolamine ou à un antihistaminique de synthèse (surtout bédardyl ou théphorine), soit par l'adjonction d'un excitant central comme la benzédrine ou la dexédrine. L'ampleur des progrès réalisés par la thérapeu-

tique médicamenteuse ne diminue pas l'importance primordiale des traitements associés, telle la physiothérapie, la psychothérapie étant toujours nécessaire. Les méthodes chirurgicales mises au point récemment par Cooper ont d'abord consisté en une électrocoagulation de l'artère choroïdienne antérieure, ensuite une chiropallidectomie, avec injection directe dans le noyau lenticulaire, par voie transcérébrale d'un peu moins de un demi-centimètre cube d'alcool absolu. Cette thérapeutique, malgré les résultats excellents qu'elle peut permettre d'obtenir chez des sujets devenus grabataires, ne doit être envisagée actuellement que comme un procédé d'exception, réservé aux cas rebelles aux autres traitements plus courants.

V.-J. DURAND.

Les cénestopathies (Le cenestopatie), par Piero BENASSI (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 207-257).

L'auteur, après avoir analysé le développement historique du concept de cénesthésie et de cénestopathies, classe les tableaux cliniques de cénestopathies selon la conception de divers auteurs et décrit les aspects cénestopathiques tels qu'ils peuvent se manifester dans quelques affections neurologiques, dans les psychonévroses et dans les maladies mentales. Se basant sur de semblables données cliniques, l'auteur pense qu'on peut parler plutôt de « dyssomatognosies », terme qui apparaît plus compréhensif, plus adéquat, répondant mieux à la réalité clinique, surtout dans les formes pour lesquelles le trouble somatognosique atteint la personnalité même du malade. S'appuyant sur les données cliniques, sur la connaissance de facteurs pathogéniques éventuels et sur les résultats de recherches expérimentales, l'auteur insiste sur l'importance des motifs psychologiques et psychopathologiques, qui se trouvent à la base de ce tableau morbide et, tout particulièrement du trouble des dispositions affectives fondamentales. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur un syndrome anancastique à contenus lugubres tendant à la concrétion psychosensorielle symbolique (Su di una syndrome anancastica a contenuti lugubri tendenti alla concrezione psicosensoriale simbolica), par Mario DECLICH (de Sondrio). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 259-275).

A propos d'un cas clinique suivi pendant longtemps et qui a pu être analysé en profondeur, l'auteur met en valeur la notion psychopathologique de Janet des hallucinations symboliques des obsédés. Il s'agissait d'une malade de 30 ans qui, après un événement pénible éprouvé par une personne de sa famille, à laquelle elle était particulièrement attachée, ressentait partout la signification de la mort. Ainsi était créée une atmosphère funèbre avec les contenus correspondants, englobés dans une dynamique obsessionnelle. De plus, il y avait tendance aux concrétions hallucinatoires à caractère symbolique, elles-mêmes englobées dans un dynamisme formellement coacté. L'auteur se propose de définir plus exactement le tableau comme un syndrome anancastique à contenus lugubres, tendant à la concrétion psycho-sensorielle symbolique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les troubles psychiques au cours des tumeurs du troisième ventricule (I disturbi psichici in corso di tumori del terzo ventricolo), par A. DONATI (de Milan). (*Revista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 277-318).

L'auteur décrit quatre cas de tumeurs du III^e ventricule avec présence de troubles psychiques particulièrement nets. Se basant sur une étude générale de la littérature, il analyse la symptomatologie mentale de ces tumeurs. Il en retient qu'il n'existe pas de tableau phénoménologique typique, permettant d'identifier la nature et le siège des lésions. Les manifestations psychiques observées peuvent se voir dans des néoformations d'autres régions de l'encéphale, et surtout dans les tumeurs frontales et temporales intra et extra-parenchymateuses. Les troubles de la conscience, sans être spécifiques, sont cependant les seuls qui puissent être considérés comme assez caractéristiques. Parmi eux sont à inscrire, outre des altérations grossières de la série hypnique (hypersomnie, somnolence, narcolepsie, onirisme, hallucinose), également l'asthénie, la torpeur, l'absence d'initiative. Elles semblent pouvoir s'interpréter comme dues à un léger degré de dissolution de la conscience. De même, le syndrome clinique de type Korsakoff, noté parfois dans ces tumeurs, est plus clairement rattaché à l'intervention de phénomènes dissolutifs et exprime peut-être une structuration de conscience proche de la conscience onirique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Tests de personnalité. Qualifications (Tests de personalidad. Calificaciones), par José Luis PINILLOS (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 35, juillet-septembre 1955, p. 601-635).

Les techniques psychologiques de qualification prétendent donner de la rigueur et de la validité aux jugements intuitifs portés par les individus les uns sur les autres. Un choix correct des qualificateurs, une situation favorable à l'observation et à l'impartialité du jugement, des traits de conduite objectifs, simples et bien définis, des échelles de qualification bien construites et validées constituent les conditions idéales pour que les qualifications soient des instruments utiles pour le psychologue. Comme source de données pour l'expérimentation scientifique, les qualifications continuent à être inévitables dans le domaine de la personnalité, bien qu'il faille espérer que, peu à peu, elles seront remplacées par des épreuves plus stables et objectives. Pour le moment, l'observation de certaines normes peut diminuer les erreurs communes avec ce type de tests. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le corps dans l'hypocondrie et dans la dépersonnalisation. La structure psychopathologique de l'hypocondrie (Il corpo nell' ipocondria e nella depersonalizzazione. La struttura psicopatologica dell'ipocondria), par F. BASAGLIA (de Padoue). (*Revista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 159-185).

L'auteur traite d'abord le problème des aspects différentiels entre hypocondrie et dépersonnalisation. Beaucoup considèrent ces syndromes comme

l'expression d'une perturbation du schéma corporel. Ceci amène parfois à en rapprocher des troubles neurologiques comme l'asomatognosie. C'est une erreur. L'étude de l'auteur envisage successivement : a) la situation hypocondriaque (l'hypocondrie est considérée, non comme une maladie, mais plutôt comme l'expression de la façon de percevoir l'altération du corps) ; b) la cénestopathie hypocondriaque (l'atteinte de la cénesthésie est considérée comme primitive, traduisant une altération neuro-végétative centrale, avec trouble de la vie instinctivo-émotionnelle) ; c) la structure névrosique et psychosique de l'hypocondrie. A ce propos, l'auteur distingue l'hypocondrie de base et l'hypocondrie de fond. La première correspond à l'hypocondrie psychosique ou hypocondrie délirante, la seconde à l'hypocondrie névrosique. Dans les deux formes existe, d'ailleurs, une altération endogène qui demeure la même dans les psychoses, tandis que la caractéristique des névroses est le mode d'action sur la constitution individuelle de ce trouble somatique endogène. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur le problème de la culpabilité (Sul problema della colpevolezza), par Mario DECLICH (de Sondrio). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, avril 1956, p. 227-238).

Après avoir rapidement analysé le concept de culpabilité existentielle, l'auteur rapporte les résultats obtenus chez cinq sujets (trois psychotiques et deux psychonévrotiques), par l'application du questionnaire de Snoeck-Cargnello. Ce questionnaire recherche, à l'aide de 18 questions, à mettre en évidence l'apparition du sentiment de culpabilité. Il semble donner d'utiles indications chez les sujets atteints de psychonévroses. Au contraire, il se montre moins sûr en cas de troubles psychotiques graves, au cours desquels la personnalité est coartée.

V.-J. DURAND.

Des rapports entre psychopathie et psychose. Apparition d'un délire de type paranoïaque et à contenu superstitieux chez un psychopathe agressif (Dei rapporti fra psicopatìa e psicosi. Insorgenza di un delirio di tipo paranoico e a contenuto superstizioso in uno psicopatico aggressivo), par Ennio DE RENZI (de Pavie). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, avril 1956, p. 297-325).

Parmi les psychopathes, les sociopathes (sujets qui font souffrir plus qu'ils ne souffrent eux-mêmes) sont ceux qui, le plus rarement, sont portés à devenir psychotiques. Cette évolution, quand elle se fait cependant, présente des caractéristiques cliniques particulières qu'il est possible de définir d'après les données de la littérature. L'auteur décrit un cas de délire paranoïaque à contenu superstitieux, apparu chez un sociopathe de 35 ans ; il analyse les rapports psychopathologiques entre les deux formes morbides, et précise les limites entre superstition et délire. L'évolution de ce dernier sera étroitement liée à la capacité du malade de contrôler ses propres tendances anormales. Le délire trouvera dans l'histoire du sujet le terrain plus ou moins propre à son extension. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La réaction-image du psychonévrotique obsessionnel au test d'association verbale (La reazione-immagine del psichonevrosico ossessivo al test di associazione verbale), par F. BASAGLIA et G. PESSINA (de Padoue). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, avril 1956, p. 344-359).

Les auteurs examinent un petit groupe de psychonévroses obsessionnelles à l'aide du test d'association verbale et du test de Wechsler-Bellevue. Ils mettent spécialement en évidence la réaction-image qui se présente comme le trouble d'association prédominant chez les obsédés. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Relations entre l'endocrinologie et la psychiatrie (Relações entre a endocrinologia e a psiquiatria), par Mauricio DE MEDEIROS. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 5, n° 1, 1956, p. 39-52).

Après avoir rappelé l'évolution de l'endocrinologie et de ses rapports avec la psychiatrie, l'auteur montre qu'il convient de considérer à ce sujet deux champs d'étude : celui des troubles endocriniens, envisagés comme causes de psychopathies ; celui des troubles psychiques, qui surviennent au cours des affections endocriniennes. Les opinions exprimées sont variables suivant les auteurs, les écoles, les conceptions plus ou moins organicistes ou psychogénétistes. A titre d'exemple, sont cités les avis de Jaspers, de Tusques, de Paul Abély surtout, dont la position apparaît la plus rationnelle. Ensuite, sont considérés les troubles psychiques liés à des perturbations thyroïdiennes. Bien que beaucoup d'inconnues subsistent, il faut espérer des recherches futures, de nouveaux progrès dans le domaine de l'endocrinopsychiatrie.

V.-J. DURAND.

Cas anatomo-clinique complexe de cysticerose cérébrale, alcoolisme et schizophrénie (Cas anatomo-clínico complexo de cisticercose cerebral, alcoolismo e esquizofrenia), par J. Alves GARCIA (de Rio-de-Janeiro). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 5, n° 1, 1956, p. 5-15).

L'auteur rapporte une observation anatomo-clinique de cysticerose cérébrale et montre que cette variété de parasitose présente des modalités diverses dans sa fréquence suivant les villes et les pays. Dans le cas décrit, la symptomatologie était particulièrement complexe. Il y avait, en effet, envahissement du système nerveux sans les signes habituels. Le comportement du malade était celui d'un schizophrène atteint d'éthylisme et montrant une artériosclérose précoce. La mort est survenue à 32 ans, par asystolie aiguë à la suite d'une sclérose coronaire. La sclérose était de type hyperplasique, productif avec des formations athéromateuses dans les grands vaisseaux, ce qui traduit d'importants troubles constitutionnels et métaboliques. Il n'y eut pas de signes d'épilepsie ou de symptômes de localisation. L'auteur pense que le malade a présenté une psychose schizophrénique compliquée par l'intoxication éthylique. Le siège des cysticerques cérébraux expliquerait l'absence de phénomènes moteurs. Mais la leptoméningite diffuse, la réaction hyperplasique de la microglie et de la macroglie sont des signes de cysticerose encéphalique. L'artériosclérose prématurée tiendrait à des troubles constitutionnels et métaboliques. Comme l'avait montré Aschoff,

les buveurs habituels ne succombent pas aux effets de la sclérose vasculaire, mais à ceux de carences multiples, de la dégénérescence hypoprotidique et de l'atteinte cardio-rénale. Sept figures.

V.-J. DURAND.

Un cas d'érotomanie passionnelle pure selon Clerambault. Etude clinique. (Un caso di erotomania passionale pura secondo Clerambault. Studio clinico), par Edoardo BALDUZZI (de Varèse). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1^{er} août 1956, p. 407-425).

L'auteur rapporte une intéressante observation d'érotomanie à forme passionnelle apparue brusquement chez une malade de 24 ans, sans antécédents psychopathiques, mais ayant eu une vie conjugale difficile et en cours de séparation d'avec son mari. L'analyse du cas présenté permet d'éliminer une psychose paranoïde, une érotomanie de type paranoïaque, une forme secondaire, et de reconnaître les traits caractéristiques de l'érotomanie passionnelle pure décrite par Clérambault. Le rôle de l'intuition, l'existence du « postulat fondamental » y sont nettement apparents. Il est également possible de retrouver un certain parallélisme psychologique entre le père et le mari de la malade, parallélisme perçu inconsciemment par celle-ci de façon pénible. Au point de vue évolutif, l'érotomanie observée était en pleine phase d'espoir et d'optimisme.

V.-J. DURAND.

La méthode des fonctions discriminantes appliquée au diagnostic de la détérioration mentale (Il metodo delle funzioni discriminanti applicato alla diagnosi di deterioramento mentale), par Francesco ALBERONI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17^e année, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 769-782).

L'auteur cherche à démontrer que le diagnostic de détérioration mentale conçue selon la description de Babcock-Wechsler peut être fait par l'emploi des fonctions discriminantes de R. A. Fischer. Il expose une méthode permettant d'estimer la valeur de ces fonctions. Il a appliqué le test de Wechsler-Bellevue forme I à deux groupes de sujets, respectivement détériorés et non détériorés ; puis il a établi une fonction discriminante linéaire et a calculé les limites de la signification de l'appartenance au premier ou au deuxième groupe. En conclusion, l'auteur pense que presque tous les problèmes de diagnostic clinique peuvent être ramenés à un problème de discrimination linéaire. Une figure. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le phénomène d'interférence des chocs et sa signification dans le test de Rorschach (Il fenomeno di interferenza degli shocks ed il suo significato nel test di Rorschach), par Franco BASAGLIA et Giampietro DALLA BARBA (de Padoue). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17^e année, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 783-807).

Après avoir discuté la signification des chocs de couleur et de clair-obscur dans le psycho-diagnostic de Rorschach, les auteurs envisagent la modalité de production et la signification des phénomènes d'interférence, décrits par

Bohm. Ils les considèrent comme étant l'expression des rapports intermodaux entre les différents éléments de processus d'élaboration. A titre d'exemple, ils rapportent trois protocoles, correspondant aux trois types du phénomène d'interférence. Ils pensent, en concluant, que l'on doit affirmer l'importance de l'étude des influences et interférences entre les chocs, tout particulièrement pour la compréhension de l'attitude du névrotique et de la personnalité psychopathique dans la situation créée par le test. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les fondements de l'expérimentation psychologique (Os fundamentos da experimentação psicológica), par Carolina MARTUSCELLI BORI (de São-Paulo). (*Neurobiologia*, Recife, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 161-168).

Depuis Wundt, la place de l'expérimentation en psychologie a beaucoup augmenté. Il y a eu, d'autre part, une modification de nombreux points de vue. Les domaines de l'expérimentation se sont étendus. Cette dernière étude, dans des conditions plus exactes et codifiées, des problèmes de psychologie. Standardisation et contrôle des conditions des différents phénomènes sont des fonctions essentielles de l'expérimentation. Le résultat de l'évolution récente est la transformation de la psychologie, dans son ensemble de science spéculative en une science pratique, dont les faits peuvent être vérifiés par l'observation dans des conditions définies et rigoureuses. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le test des pyramides de couleur (Il test delle piramidi a colori), par V.D. CATAPANO (de Modène). (*L'ospedale psichiatrico*, 24^e année, fasc. 1, janvier-mars 1956, p. 11-74).

L'auteur décrit la méthode d'application du « Farbpyramiden test » de Pfister, imaginé en 1946. Il expose successivement et de façon détaillée les principes généraux de l'épreuve, son but, le matériel d'application (en hors-texte sont reproduites les 24 tonalités des couleurs employées), les conditions du dépouillement des résultats, la signification de chaque couleur, celle des différents groupements colorés, la valeur diagnostique à accorder au test. A titre d'exemple, sont décrits et analysés trois protocoles d'examen concernant, respectivement, une femme de 25 ans avec composantes névrotiques, un homme de 33 ans aux sentiments fortement réprimés avec recherche de la sécurité par des moyens rationnels, enfin un homme de 29 ans, à la personnalité assez bien équilibrée, malgré une certaine dysharmonie.

V.-J. DURAND.

Des relations entre pères et enfants. Une étude sur le choix des professions (Das relações entre pais e filhos. Um estudo sobre a escolha das profissões), par Arnaldo DI LASCIO et Cecilia SANIOTO DI LASCIO (de Pernambuco). (*Neurobiologia*, Recife, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 183-209).

D'une étude de cinquante familles de diverses conditions économiques, sociales et culturelles, les auteurs concluent que les pères jouent un rôle important dans le choix de la profession des enfants ; ceux-ci cherchent à

obtenir auto-expression et reconnaissance sociale. Les professions qui bénéficient du plus grand prestige tendent à être préférées quelles que soient les conditions économiques, sociales et culturelles. Ces métiers exigent une formation dans des établissements de niveau supérieur. Pour les garçons, les professions choisies furent, par ordre décroissant, celles de médecin, d'ingénieur, d'avocat, de militaire. Les filles préfèrent, par ordre décroissant, les carrières de professeur, de médecin, du commerce et des occupations ménagères. L'idée d'une profession féminine est envisagée, en général, par les familles de niveau économique et social inférieur, comme un moyen d'ascension sociale. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La profession de psychologue dans le monde moderne (La professione dello psicologo nel mondo moderno), par Fr. Agostino GEMELLI, O.F.M. (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17^e année, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 693-711).

Dans ce discours inaugural, prononcé à l'occasion du onzième congrès national des psychologues italiens, à Milan, le 12 avril 1956, l'auteur montre d'abord les progrès de la psychologie et l'importance prise par cette science au cours des trente dernières années. Dans de nombreux secteurs, l'utilité du psychologue est maintenant démontrée. Mais, pour que le travail de celui-ci soit efficace et valable, une préparation soignée est nécessaire. A ce propos, l'auteur indique quelques dispositions souhaitables pour améliorer la formation universitaire du psychologue. Si celui-ci doit s'orienter vers la psychologie clinique, des études médicales sont indispensables. Les conditions de la collaboration de la psychologie et d'autres disciplines sont rappelées.

V.-J. DURAND.

Test de Szondi et tableau clinique. — Relation de trois cas (Test di Szondi e quadro clinico. Relazione su tre casi), par G. LEVI (de Padoue). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 9, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 542-561).

L'auteur rapporte, après des renseignements généraux, trois cas d'emploi du test de Szondi. Il montre que le test est capable de donner des indications utiles. Les nouveaux procédés d'interprétation proposés par Szondi, procédés dynamiques, donneraient encore de meilleurs résultats que les méthodes primitives, de type statique. L'auteur croit au développement possible du test de Szondi. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un test de groupe pour le diagnostic des tendances asociales (Un reattivo di gruppo per la diagnosi delle tendenze asociali), par Roberto ZAVALLONI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17^e année, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 713-734).

L'auteur a cherché à établir une technique qui puisse aider pour le diagnostic de l'existence ou non d'une criminalité virtuelle. Cette méthode pourrait donc être employée pour la prévision et la prévention des troubles

de la conduite. Le test appliqué est une adaptation de celui proposé par Hawthorne en 1932, mais les modifications apportées par Zavalloni sont si importantes qu'il reste bien peu de chose de la structure originelle de l'épreuve. Les données de la recherche, obtenues par l'emploi de vingt questions de choix entre plusieurs actes répréhensibles, plus ou moins graves, permettent de conclure que la technique peut faire reconnaître d'une manière satisfaisante les sujets normaux d'avec les caractériels en se basant sur le diagnostic des tendances asociales. *Références bibliographiques.*

V.-J. DURAND.

Sur la dissolution de la mémoire et ses rapports avec l'inconscient. Analyse formelle d'un complexe symptomatique amnésique (Über den Abbau des Gedächtnisses und seine Beziehungen zum Unbewussten. Gestaltanalyse eines amnestischen Symptomencomplex), par Detlev PLOOG (de Marburg a.d. Lahn). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 76, fasc. 1-2, 1955, p. 259-297).

L'auteur étudie, chez une malade de 58 ans, atteinte d'atrophie cérébrale, un complexe trouble amnésique, en se basant sur les principes de la gestalt-psychologie. Il y avait une grande limitation de la mémoire immédiate. Les fonctions de la reproduction mnésique sont analysées, systématiquement, en particulier suivant la nature des éléments à enregistrer par le souvenir. Evoquant les mécanismes classiques incriminés par la psychanalyse, l'auteur montre que la gestalt-psychologie permet de mieux comprendre les troubles de la mémoire. Au rôle attribué par la psychanalyse au refoulement, il préfère les explications proposées par la psychologie de la forme au sujet des fonctions mnésiques et de l'inconscient. Quatre figures. *Références bibliographiques.*

V.-J. DURAND.

Sur les syndromes amentiaux. Contribution anatomo-clinique, statistique et thérapeutique (Sulle sindroni amenziali. Contributo anatomo clinico statistico e terapeutico), par Giancarlo RICCI et Augusto CLAPS (de Pise). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 10, n° 1, janvier-février 1956, p. 1-40).

Après avoir rappelé de façon synthétique les acquisitions anciennes et récentes sur l'étiopathogénie, l'anatomie pathologique et clinico-thérapeutique des syndromes d'amentia, les auteurs rapportent les cas observés pendant sept ans à la clinique neuro-psychiatrique de Pise. Ils en font une étude anamnétique, clinico-thérapeutique, statistique et, pour les cas mortels, anatomo-pathologique. Evoquant les données physiothérapeutiques relatives aux traitements antibiotiques et hormonovitaminiques, associés aux aminoacides, aux injections glucosées intraveineuses, ils montrent que le tableau clinico-somatique du syndrome d'amentia n'est pas spécifique. Ils soulignent surtout l'intérêt de mettre en œuvre une thérapeutique polysymptomatique basée sur les recherches biologiques récentes. *Importante bibliographie.*

V.-J. DURAND.

Études de quelques traits névrotiques. Attitudes agressives (Estudos de alguns traços neuroticos. Atitudes agressivas), par IRACY DOYLE. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 5, n° 1, 1956, p. 16-38).

L'attitude agressive d'un névrosé peut venir d'une prise de position claire et explicite, traduisant un comportement systématique de défi. Mais, plus fréquemment, elle est dissimulée sous une façade de politesse suave. L'auteur en analyse les mécanismes psychopathologiques avec, souvent, une surcompensation d'un phénomène de crainte ou de peur. L'opposition systématique peut présenter des degrés variables ; elle répond à des motivations conscientes et inconscientes diverses. Assez voisines des attitudes agressives, répondant parfois à des mécanismes identiques, sont les attitudes d'isolement. Le sujet veut éviter l'anxiété réveillée par les contacts avec la réalité extérieure. L'intensité, la nuance affective de l'isolement, sont variables. Enfin, sont considérées les douleurs d'origine psychosomatique montrant comment peut agir la répression de l'anxiété ou sa négation. La fonction principale du symptôme psychosomatique est de protéger l'individu de l'anxiété. Mais ce symptôme a pour le malade certains avantages : justifier sa fuite devant les responsabilités, attirer l'attention de l'entourage, préserver son amour-propre. Quelques exemples sont cités.

V.-J. DURAND.

Données psychométriques comparatives pré- et post-opératoires sur des malades traités par leucotomie transorbitaire de Fiamberti (Rilevi psicometrici comparativi pre e post operatori su malati trattati con leucotomia transorbitaria di Fiamberti), par WIDMER FABBRI (de Varèse). (*Rassegna di studi psichiatrici*), vol. 45, fasc. 3, 1956, p. 415-463).

A l'aide d'une recherche psychométrique, l'auteur a examiné des malades avant et après leucotomie transorbitaire de Fiamberti. Il a employé le test de Wechsler-Bellevue, modifié en Italie par Padalino-San Servolo, le psychodiagnostic de Rorschach et le test D. 48. La comparaison des résultats avant et après l'opération a permis de noter qu'il n'apparaissait aucune atteinte régressive de la personnalité individuelle et des différentes fonctions psychiques. Ceci montre que la méthode transorbitaire de Fiamberti se situe dans une position spéciale à l'égard des autres procédés psychochirurgicaux. Son absence de répercussion défavorable est, pour l'auteur, un encouragement à son emploi dans les indications convenables. Les protocoles de vingt opérés, choisis à titre d'exemple, sont rapportés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les épreuves de tests musicaux (Über musikalische Test-verfahren), par ERICH HAISCH (de Montréal). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, fasc. 1-2, 1955, p. 67-76).

Les tests psychologiques auditifs sont beaucoup plus rares que les tests visuels. Il est possible d'en décrire trois types : a) Épreuves psychotechniques, permettant de déterminer les capacités musicales (exemple le test de Seashore, celui de Révész). b) Tests d'analyse structurale, visant à établir la structure de la personnalité : « Verbal Summator » de Skinner, « Tau-

«tophon» de Shakow et Rosenzweig, « I.P.A.T. Music Preference Test of Personality » de Catell, Zaunders et Anderson. c) Tests d'analyse thématique : test d'Andreani et Dentici, « Musik-Psychotest » de L. K. Frank. De très intéressantes comparaisons peuvent être faites avec le Thematic Apperception Test de Murray et le psychodiagnostic de Rorschach. L'auteur décrit un certain nombre des tests proposés et montre la valeur de leur emploi. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

A propos du curieux langage d'une maniaque (A proposito del curioso linguaggio di una maniaca), par G. GAMNA et G. GANDIGLIO (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 3, 1956, p. 464-474).

Les auteurs étudient le langage d'une maniaque de 51 ans, par une analyse structurelle recherchant la fréquence relative des différentes formes grammaticales. Dans l'ensemble, ils ont trouvé l'augmentation des verbes et des pronoms, la diminution des adjectifs, des articles et des substantifs, des variations plus ou moins régulières des adverbes, des prépositions et des conjonctions. Les verbes sont ordinairement employés à l'infinitif. Au point de vue de la psychopathologie générale, ces modifications indiquent une régression vers des modalités expressives plus rudimentaires, rappelant les degrés inférieurs du développement individuel et humain, ceux de l'enfant et du primitif. L'augmentation de fréquence des verbes et des pronoms est un phénomène de nature positive. Cependant, en ce qui concerne les verbes, leur emploi à l'infinitif est un signe négatif. Le langage du maniaque traduit sa manière d'être, sa conception du monde. Il mérite d'être étudié systématiquement. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Études sur le Bender-Gestalt-test (Studies on the Bender-Gestalt-test), par Hiroshi OKINO (d'Osaka). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 4, mars 1956, p. 314-328).

327 adultes japonais (230 psychiquement malades, 97 comme sujets de contrôle) ont été soumis au Bender-Gestalt-test. Les résultats obtenus montrent que le test peut mesurer la capacité du sujet à affronter l'environnement. Il peut également servir à identifier des troubles de l'efficacité corticale ; on peut l'utiliser comme auxiliaire d'autres tests psychodiagnostiques plutôt que comme instrument pour une interprétation élaborée du dynamisme de la personnalité individuelle. Quelques différences ont été trouvées avec les résultats obtenus par des auteurs d'autres pays. Le test apparaît digne de nombreuses applications. Tableaux de résultats. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le syndrome de Ganster (La sindrome di Ganster), par Dina MANGANARO (de Volterra). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 209-233).

Après un historique détaillé de la question depuis la description du syndrome par Ganster en 1897, l'auteur étudie trois cas observés à la section

judiciaire de l'hôpital psychiatrique de Volterra. Dans le premier cas, il s'agissait de simulation consciente ; dans le second et le troisième, d'un état crépusculaire apparaissant chez des sujets présentant des traits constitutionnels hystériques. Discutant les diverses opinions émises sur la nature et l'étiologie du syndrome et, en particulier, sur la place à donner au rôle de la simulation, l'auteur pense qu'il est possible d'admettre la nécessité d'un terrain pathologique constitutionnel. Un facteur déclenchant, une situation particulière détermineraient l'éclosion d'une psychose réactive si était présente auparavant une modification morbide de la personnalité, de type hystérique. Quand intervient la simulation, il faut parler de pseudo-Ganser. L'incarcération joue un rôle très important comme facteur révélateur. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Mécanismes dans la dépression (Mechanisms in depression), par Jacob O. S. JAEGER (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 3, juillet 1955, p. 441-451).

A l'aide de sept observations, l'auteur envisage la dynamique du syndrome dépressif. Les composantes de la personnalité de structure narcissique sont considérées comme pouvant intervenir. Il y a action combinée de pulsions ambivalentes, inconsciemment réprimées, de sentiments de honte, de conflits avec le sur-moi. Le mécanisme défensif de la régression à des niveaux inférieurs de l'intégration est le résultat final de la dépression. Il faudrait chercher à mieux savoir et quand un malade a recours à une tentative de suicide. Actuellement, nos connaissances sont insuffisantes à cet égard. Gutheil pense que le rêve peut être envisagé comme un moyen possible de détecter précocement des tendances au suicide chez des déprimés. Pour lui, la force relative du moi, déployée dans la réaction à des situations de stress dans le rêve, est un signe de grande valeur. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le transfert négatif. Quelques commentaires sur ses manifestations, son développement et son traitement (The negative transference. Some comments on its manifestations, development and management), par R. P. ALEXANDER et Henry L. POPE, Jr (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 1, janvier 1956, p. 5-17).

Les auteurs envisagent les modes d'expression clinique du transfert négatif au cours de la psychothérapie. Ils décrivent successivement : l'hostilité ouverte au niveau moteur ou verbal, l'extériorisation de l'hostilité ou pseudo-agression, les réactions hostiles déguisées ou partiellement déguisées de type verbal ou moteur, les expressions posturales d'hostilité, les phénomènes subjectifs basés sur la crainte des sentiments d'hostilité à l'égard du thérapeute, les expressions somatiques d'hostilité, l'hostilité internalisée, l'hostilité projetée, l'hostilité déplacée, le comportement hostile inconscient et les mouvements expressifs. Puis sont considérées les bases dynamiques et génétiques du transfert négatif. Enfin, sont montrés les aspects thérapeutiques du phénomène, les précautions à prendre pour sa résolution, les erreurs à éviter. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Une formulation junguienne de la schizophrénie (A jungian formulation of schizophrenia), par John Weir PERRY (de San Francisco). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 1, janvier 1956, p. 54-65).

On connaît l'importance des archétypes dans les conceptions de Jung. Les psychoses sont une irruption de ces images symboliques dans le champ de la conscience. Dans la schizophrénie catatonique sont fréquents les symboles de mort et de résurrection. Souvent rencontrées sont, également, les modifications, les perturbations du symbole maternel, celles de l'identification divine. Le symbole de l'initiation consiste en une renaissance à partir de parents archétypes divins. La mort, la régression, la descente signifient la désorganisation d'une structure pathologique du moi. La résurrection est la reconstruction du moi. Dans le transfert, le thérapeute devient comme un nouveau parent qui guide le moi, de façon avisée, vers son achèvement et son accomplissement. Les relations entre le malade et le psychothérapeute permettent ainsi la totale reconstruction du moi. Des exemples sont rapportés.

V.-J. DURAND.

Considérations se présentant à propos du cas Schreber (Considerations arising out of the Schreber case), par W. Ronald D. FAIRBAIRN. (*The british journal of medical psychology*, vol. 29, n° 2, 1956, p. 113-127).

Récemment a été publiée (Londres, Wm. Dawson and Sons Ltd, 1950) une traduction anglaise par Ida Macalpine et Richard A. Hunter des « Mémoires de ma maladie nerveuse », du célèbre Daniel-Paul Schreber. La traduction comprend aussi les rapports établis par le Dr Weber, qui soigna le malade à Sonnenstein. L'auteur montre l'intérêt de la publication des mémoires de Schreber. On sait que c'est sur eux que Freud a édifié sa conception de la paranoïa. Les critiques formulées par les traducteurs anglais sont rappelées et Fairbairn y ajoute les siennes. Il montre également que ses travaux personnels sur le développement de la libido permettent de mieux comprendre le cas Schreber. Discutant les conceptions d'Ida Macalpine et R. A. Hunter, il insiste sur le rôle essentiel que peut jouer la « première scène » traumatisante de l'enfance dans l'apparition de la psychose ultérieure. Quelques exemples sont rapportés à l'appui de cette thèse.

V.-J. DURAND.

L'alpha-chloralose comme activateur en électro-encéphalographie clinique (L'Alfa cloralosio come attivante in E.E.G. clinica), par Alberto MURATORIO et Lodovico INGHIRAMI (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 235-254).

Les auteurs ont effectué une série de recherches sur les propriétés activateuses de l'alpha-chloralose en électro-encéphalographie clinique. Ils ont observé que la meilleure méthode pouvait être décrite comme suit : introduction par voie intraveineuse de la solution à 6 % d'alpha-chloralose dans le chlorure de sodium à 7,91 %, à la dose de 3 mgr. par kilo (20 cm³ à la minute). Un tracé avec hyperpnée vingt minutes après l'injection est suffisant pour voir les rythmes pathologiques activés. Les ondes évoquées par

la stimulation lumineuse intermittente après alpha-chloralose ne diffèrent pas de celles des tracés de base. L'alpha-chloralose ne détermine ni trouble clinique, ni incident. Il y a eu activation dans 70 % des 109 cas examinés. Dans 42 %, des rythmes nouveaux sont révélés. Pour le tracé normal de base, il y a activation dans 45 % des cas. L'activation maximale se trouve dans le petit mal, ensuite dans les lésions expansives, les épilepsies partielles et les encéphalopathies. La propriété activatrice de l'alpha-chloralose est représentée par une activité de haut voltage, par des pointes ou par des pointes-ondes. Tableaux. Cinq figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le test d'association verbale et le test Wechsler-Bellevue dans un groupe de sujets à symptomatologie hystérique (Il test di associazione verbale ed il test Wechsler-Bellevue in un gruppo di soggetti a sintomatologia isterica), par F. BASAGLIA et G. PESSINA (de Padoue). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 3, 1956, p. 475-498).

Les auteurs examinent un groupe de 25 sujets à symptomatologie hystérique au moyen du test d'association verbale de Jung et du test de Wechsler-Bellevue. Ils analysent les résultats, décrivant les principaux types de réaction au test d'association verbale et les scores obtenus pour le Wechsler-Bellevue. Ils estiment que la pensée réprimée, interprétée, d'ailleurs, selon des conceptions différentes de la psychanalyse, constitue le mode selon lequel se développe le processus de pensée des hystériques. La pensée réprimée peut être considérée comme l'effet de la mise en marche d'un circuit déterminé par un déséquilibre émotif sous-jacent et révélé par l'action stressante du mot inducteur. Tableaux. Tracés. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le psychanalyste et le psychotique (O psicanalista e o psicótico), par Marialzira PERESTRELLO. (*Neurobiologia*, Recife, t. 18, n° 1, mars 1955, p. 9-23).

L'auteur fait une synthèse des apports de la psychanalyse au traitement des psychotiques, décrivant les techniques de quelques psychothérapeutes. Federn adopte une attitude active en relation avec l'ambiance du malade et considère que le transfert positif est nécessaire et doit être obtenu par l'analyste. Les frustrations du psychotique sont à éviter. Federn interprète ce qu'il y a de réel derrière le matériel inconscient, en utilisant la technique de la « re-répression ». Pour Frieda Fromm Reichmann, la pathogénie de la schizophrénie est très spéciale. Il faut faire jouer un faible rôle à l'interprétation verbale et surtout un rôle beaucoup plus important à l'attitude de compréhension et d'acceptation des réactions du psychotique. Rosen aide activement le malade et lui consacre de longues heures consécutives. Il fait l'analyse des psychotiques en phase aiguë, participe à leurs délires et interprète directement le matériel inconscient et toujours en termes de relations objectales. Avec sa méthode dite « psychanalyse directe », Rosen obtient des résultats extraordinaires qui semblent dus souvent aux traits particuliers de sa personnalité. Pour lui, l'analyste doit vouloir aider le malade et être capable de l'aimer. Le groupe de Mélanie Klein adopte un

critérium plus proche de ceux de la psychanalyse des névrotiques. Il évite toute attitude de rééducation et d'appui et préconise l'analyse des situations de transferts positifs et négatifs, donnant une grande valeur à l'analyse complète du transfert négatif. Mme Sechehaye, par le mécanisme de la réalisation symbolique, cherche à obtenir la rémission des troubles schizophréniques. L'auteur pense que les progrès dans le traitement des psychotiques sont dus, surtout, à la capacité pour l'analyste de s'identifier avec ses malades. Il doit considérer leurs réactions, non comme quelque chose de nouveau, mais comme quelque chose que lui-même a pu présenter en germe à une époque déterminée.

V.-J. DURAND.

Le phénomène névrotique et les différents courants dynamiques (O fenómeno neurótico e as diferentes correntes dinâmicas), par IRACY DOYLE. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, fasc. 3, 1955, p. 253-278).

Après avoir montré l'importance des travaux de Janet pour l'étude du problème des névroses, l'auteur décrit les autres conceptions et leurs conséquences sur le développement des connaissances psychologiques et psychothérapiques. Sont successivement décrites les thèses de Freud, d'Adler, de Rank, de C. J. Jung, de William Reich, de Karen Horney, d'Erich Fromm, d'Harry Stack Sullivan. Actuellement, les névroses occupent une place importante en pathologie mentale ; elles constituent un problème collectif de grande portée. Leur retentissement est énorme au point de vue social. Des mesures de défense et de prophylaxie sont nécessaires. Un des principes de la lutte est de dénoncer les forces destructives et de stimuler les facteurs de maturité. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Liberté surveillée (Liberdade vigiada), par HEITOR CARRILHO. (*Archivos do manicômio judiciário Heitor Carrilho*, Rio-de-Janeiro, 20^e à 23^e années 1^{er} et 2^e semestres, 1951-1954, n^{os} 1 à 8, p. 35-55).

L'auteur étudie les problèmes de la liberté surveillée en s'appuyant essentiellement sur les dispositions législatives brésiliennes. Il envisage successivement : l'organisation pratique du système de liberté surveillée, les fonctions spécifiques du dispensaire d'hygiène mentale et du service social, les rapports entre liberté surveillée et critère de périculosité des psychopathes, les inconvénients des sorties précoces et des sorties retardées, l'importance des patronages des malades sortis, rappelant à ce sujet quelques exemples de patronages à São-Paulo et à Rio-de-Janeiro.

V.-J. DURAND.

Toxicomanes et mariage. Toxicomanies qui justifient l'annulation ou la séparation (Toxicomanos e casamento. Toxicomanias que justificam a anulação ou o desquite), par MAURICIO DE MEDEIROS. (*Arquivos do manicômio judiciário Heitor Carrilho*, Rio-de-Janeiro, 20^e à 23^e années, 1^{er} et 2^e semestres 1951-1954, n^{os} 1 à 8, p. 57-73).

Rappelant les notions essentielles sur les toxicomanies, l'auteur décrit l'action de l'opium et de ses dérivés, de la cocaïne, de la maconha (ma-

rihuana), de l'alcool éthylique. Il montre les conséquences désastreuses de l'abus de ces corps, non seulement pour le toxicomane lui-même, mais aussi pour son entourage et sa descendance. Les problèmes posés par les rapports entre toxicomanies et mariage sont particulièrement envisagés, dans leur retentissement, au point de vue médico-légal. Plusieurs solutions sont proposées.

V.-J. DURAND.

Oligophrénie et mariage (*Oligofrenia e casamento*), par Jurandir MANFREDINI. (*Arquivos do manicômio judiciário Heitor Carrilho*, Rio-de-Janeiro, 20^e à 23^e années, 1^{er} et 2^e semestres 1951-1954, n^{os} 1 à 8, p. 75-95).

Après avoir rappelé les différents degrés de l'oligophrénie et leurs conséquences au point de vue du comportement, l'auteur décrit les conditions dans lesquelles les textes juridiques peuvent concerner le mariage des arriérés. Il s'appuie sur une étude des dispositions législatives brésiliennes, exposant les diverses possibilités, les difficultés qui peuvent se présenter, les solutions permises par les codes en vigueur. Certaines propositions sont faites pour améliorer le statut juridique de ces sujets à l'égard du mariage et permettre de résoudre plus aisément des cas délicats.

V.-J. DURAND.

Formes pseudo-névrotiques des psychoses dépressives (*Pseudo-neurotic forms of depressive psychosis*), par Emil A. GUTHIEL (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n^o 4, octobre 1955, p. 719-736).

Décrivant cinq cas personnels, l'auteur précise les caractéristiques des formes pseudo-névrotiques des psychoses dépressives. Des réactions névrotiques peuvent apparaître après des rémissions semblant complètes. Dans la plupart des cas, ces réactions névrotiques récurrentes sont accompagnées par des états de tension sévère, qui sont également de type récurrent. Des crises anxieuses de caractère phobique et hypocondriaque avec crainte de l'avenir sont possibles. Dans ces formes, doit être mise en évidence l'existence d'un moi faible, luttant dans la mesure de ses moyens. Les états de tension représentent un essai de défense du moi. Les tests projectifs peuvent permettre d'apprécier la capacité défensive et adaptative du moi. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur le coma insulínique prolongé (*O produzenoj inzulinskoj Komi*), par N. PERŠIĆ, V. ROGINA et V. TURNER (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n^o 3-4, 1955, p. 193-215).

Par des expériences chez le chien, les auteurs ont cherché à préciser la physiopathologie, l'histopathologie et la thérapeutique du coma insulínique prolongé. Onze fois fut observé un état de coma allant de 4 à 22 heures. Dans sept cas fut noté un coma prolongé avec glycémie normale ou augmentée, dont trois avec mort. La quantité d'insuline employée varia de 30 à 150 unités. Au cours de l'hypoglycémie furent observés des changements du glucose, du potassium, du sodium sanguins. Le largactil fut étudié quant à son action sur les convulsions spontanées et électriques. Des examens

histologiques furent faits au niveau du cerveau, du foie, des reins, des surrénales. Le coma insulinaire prolongé semble le résultat d'une série de facteurs cérébraux et extra-cérébraux. Les premiers comprennent des troubles fonctionnels ou des lésions histologiques de type vasculaire ou toxico-dégénératif. Les seconds sont essentiellement une déficience des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, adrénalinique et du foie, avec modifications métaboliques générales comme hypoglycémie, anoxie, perturbations des électrolytes. La baisse du potassium et l'augmentation du sodium dans la phase hypoglycémique tardive sont de signification pronostique fâcheuse. Le cerveau montre de l'hyperémie, de l'œdème, des hémorragies parenchymateuses, une légère gliose, des changements régressifs des cellules ganglionnaires. Au niveau du foie et des reins se voient des signes dégénératifs. Il y a hyperémie de la médullo-surrénale. Le traitement doit reposer sur une base clinique, une étude du liquide céphalo-rachidien, de recherches humérales (glycémie, natrémie, kaliémie, hémoco-concentration). Il faut veiller à une bonne oxygénation, combattre les complications cardio-vasculaires. L'aneurine et la cortisone sont utiles. Les autres traitements dépendent des données humérales. S'il n'y a pas de lésions cérébrales, on peut essayer le réveil par des stimulations électriques. La chlorpromazine rend le réveil plus normal, stabilise le taux de la glycémie. Elle est particulièrement indiquée dans les cas où s'observe une grande instabilité motrice. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La maladie rhumatismale en neuropsychiatrie (La malattia reumatica in neuropsichiatria), par Aldo FERRONI (de Catane). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 983-1007).

Faisant une importante revue de la littérature, l'auteur propose la division suivante des manifestations neuro-psychiatriques de la maladie rhumatismale : 1) rhumatisme cérébral ; 2) syndromes psychotiques : formes aiguës (pseudo-encéphalites de Targowla, psychoses confusionnelles, psychoses rhumatismales post-fébriles), formes subaiguës, formes chroniques (chroniques proprement dites, chroniques par récurrence, chroniques comme séquelle) ; 3) syndromes neurologiques (syndromes méningitiques, syndromes épileptiques, encéphalomyélites, syndromes neuro-endocriniens). Cinq observations personnelles sont décrites. Puis sont étudiées, l'anatomie pathologique et l'étiopathogénie, pour conclure par un rappel de l'intérêt du diagnostic du rhumatisme à forme psychique ou neurologique, le traitement spécifique pouvant se montrer nettement efficace. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychasthénie et criminalité (Psicoastenìa e criminalità), par Giacomo CASCELLA (d'Aversa). (*Il cervello*, 32^e année, n° 2, 15 mars 1956, p. 132-146).

S'appuyant principalement sur des recherches faites au manicomie judiciaire d'Aversa, l'auteur, qui tient compte également des données de la littérature, montre que les psychasthéniques purs sont rarement cités dans les statistiques de délinquants malades mentaux. Quand il faut les comprendre parmi ceux-ci, il s'agit pratiquement toujours de formes marginales où dans lesquelles il faut rechercher une constitution anormale ou un agent

toxique ou infectieux qui a influencé de façon permanente ou occasionnelle le degré de conscience et de volonté. En effet, l'angoisse habituelle chez les psychasthéniques joue un rôle protecteur en inhibant des actions criminelles qui sont redoutées par l'obsédé.

V.-J. DURAND.

Recherches sur l'équilibre électrolytique et sur les réflexes neurovégétatifs chez les hystériques. (Ricerche sull'equilibrio elettrolitico e sui riflessi neurovegetativi negli isterici), par Gabriele TRAPI (de Trapani). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 932-936).

Partant des recherches de V.-M. Buscaino sur la « constellation électrolytique » des hystériques, l'auteur a examiné 175 hystériques, qu'il a divisés en cinq groupes, d'après leurs symptômes. Il a noté en général une série de modifications biologico-humorales et neuro-végétatives, avec prévalence de l'hyperpotassiémie, hypocalcémie, vagotonie, ralentissement de la réaction de Kottmann, neutropénie avec lymphocytose dans les formes convulsives et léthargo-somnambuliques ; hypopotassiémie, hypercalcémie, amphotonie, accélération de la réaction de Kottmann dans les formes sans convulsions, mais avec paralysies transitoires, aphonie. Au contraire, les résultats ont été négatifs dans les formes de simple dystonie neuro-végétative à l'exception d'une variabilité facile du tonus végétatif. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Action sur l'électro-encéphalogramme normal et pathologique d'un nouvel analeptique injectable : diéthylamide-3-éthoxy-4-hydroxybenzoïque (Azione sull'elettroencefalogramma normale e patologico di un nuovo analettico iniettabile : dietil-amide-3-etossi-4-idrossibenzoica), par Carlo SERRA (de Naples). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 956-965).

Après injection intraveineuse d'un nouvel analeptique (diéthylamide-3-éthoxy-4-hydroxybenzoïque), chez 16 épileptiques, suivie de stimulation lumineuse intermittente et d'hyperpnée, l'auteur a noté seulement de minimes altérations à l'électro-encéphalogramme. Ces altérations sont beaucoup moins marquées qu'avec le pentaméthylènetétrazol. Dans un petit groupe de contrôle (cinq sujets à électro-encéphalogrammes normaux), le même produit n'a provoqué aucune modification du tracé dans quatre cas sur cinq. Les dissemblances d'action sur l'électro-encéphalogramme de ce nouveau médicament et du cardiazol trouveraient leur explication dans une structure chimique et dans un métabolisme différent. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La normalisation sociale du développement humain (Die soziale Normierung der menschlichen Entwicklung), par H. C. J. DRUKER. (*Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, vol. 15, n° 1, 1956, p. 1-17).

Se basant sur des exemples tirés de divers domaines de la vie sociale, l'auteur émet l'hypothèse que la société impose aux différents stades de l'exis-

tence une conduite particulière à chaque classe d'âge. Cela indique que l'évolution humaine est soumise à une normalisation. Les normes ainsi imposées dépendent étroitement des fonctions que l'individu est susceptible ou capable d'exercer dans des ordres variés d'activité. Quand, sous la pression des circonstances sociales, démographiques, économiques, techniques, les fonctions reconnues et imposées par la société disparaissent, des conflits surgissent, aussi bien intérieurs à l'individu qu'interpersonnels. L'étude du vieillissement permet de les mettre nettement en évidence.

V.-J. DURAND.

Etablissement de buts individuels et collectifs dans des groupes actifs spontanés (Individuelle und kollektive Zielsetzung in spontanen Werkgruppen), par Ernst STAUFFER. (*Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, vol. 15, n° 1, 1956, p. 18-33).

L'auteur étudie les rapports entre les tendances spontanées d'enfants et d'adolescents de 5 à 18 ans et l'activité collective orientée vers un but sous l'aspect de la naissance d'une organisation sociale. S'il y a prédominance des tendances subjectives, une activité fondée sur des relations inter-individuelles réglées, n'est possible que dans la mesure où ces relations sont appuyées par des normes et des valeurs provenant du milieu extérieur. Par contre, une organisation sociale autonome permettant la poursuite d'un objet commun s'établit du moment qu'il y a identification des membres avec un chef commun ou acceptation spontanée des tâches particulières correspondant aux aptitudes réelles des adhérents et s'enchaînant au sein d'une hiérarchie sociale, sur le plan des rapports interindividuels.

V.-J. DURAND.

Thérapeutique de groupe dans une section provinciale de malades externes. (Group therapy in a provincial out-patient department), par R. A. SANDISON (de Worcester). (*The international journal of social psychiatry*, vol. I, n° 2, automne 1955, p. 28-32).

Rappelant son expérience au « Powick Mental Hospital », près de Worcester, l'auteur montre que, malgré les nombreux travaux faits sur la question de la thérapeutique de groupe, les mécanismes d'action de ce traitement sont encore assez peu connus. Il considère les petits groupes de ses malades externes comme des groupes de recherche aussi bien que de traitement. Il encourage les malades à considérer les réunions comme un moyen de mieux connaître les problèmes des relations humaines.

V.-J. DURAND.

Problèmes d'hygiène mentale posés par le travail de la femme hors du foyer, par Paul SIVADON. (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, année 1956, n° 1, p. 16-23).

Dans ce rapport à la réunion annuelle de la Ligue européenne d'hygiène mentale (Istanbul, août 1955), l'auteur rappelle d'abord l'évolution historique du travail féminin. Puis il étudie les motivations de ce travail hors :

du foyer (motivations économiques, motivations psychologiques et culturelles), l'influence du travail sur la personnalité de la femme, les problèmes du couple et de l'enfant, la garde de l'enfant, les problèmes socio-économiques, la répercussion du travail sur l'équilibre nerveux. On peut conclure que le travail féminin hors du foyer est une conséquence de l'évolution de la femme vers une plus grande autonomie sociale. Elle peut entraîner des conflits et se montrer parfois pathogène, à cause de la rapidité des adaptations qu'elle exige. Le rôle de l'hygiène mentale est de rechercher les solutions susceptibles de permettre un équilibre convenable entre les exigences traditionnelles et les tendances évolutives. Le but est de maintenir une bonne stabilité émotionnelle, condition essentielle du bonheur du couple et du développement harmonieux de l'enfant.

V.-J. DURAND.

Art et psychopathes (Arte e psicopatas), par Pierre LE GALLAIS. (*Rivista brasileira de saúde mental*, 1^{re} année, n° 1, 1955, p. 121-130).

Après quelques considérations générales, l'auteur expose le schéma d'une organisation de différents types d'activités thérapeutiques basées sur les « possibilités de contact des malades avec le monde extérieur » : activités psychomotrices, activités artistiques, activités artisanales et naturelles, enfin activités de type mécanique. Puis sont envisagées les conditions dans lesquelles les malades sont amenés à fréquenter l'atelier de peinture et à y travailler. L'auteur tente ensuite de répondre à la question discutée relative à l'existence ou non d'une forme particulière d'art dans les troubles mentaux. Il n'y a pas de différence absolue entre les peintures de sujets dits « normaux » et les « malades ». Il existe seulement des modifications de nature individuelle et psychologique. De quelle façon et dans quelle mesure la peinture peut-elle présenter un intérêt thérapeutique ? Faute d'une explication définitive et vérifiable, l'auteur se contente d'énumérer différentes possibilités de mécanismes psychothérapiques basés sur la satisfaction du besoin instinctivo-affectif fondamental des malades et réalisés à travers leur peinture. Ensuite sont évoqués les avantages réels de cette ergothérapie sur les autres types de psychothérapie (de forme exclusivement psychanalytique) et l'intérêt de l'associer à une « thérapeutique convergente » de la personnalité totale du malade. L'auteur conclut en reconnaissant la contribution de l'ancienne « thérapeutique occupationnelle » dans le développement de l'ergothérapie. Six figures en hors-texte.

V.-J. DURAND.

De l'habitude de fumer et d'autres appétences passionnelles (Vom Rauchen und anderen Süchten), par Aloys von ORELLI (de Meilen). (*Gesundheit und Wohlfahrt*, revue suisse d'hygiène, 35^e année, n° 11, novembre 1955, p. 536-551).

L'auteur cherche à déterminer les causes, les mécanismes psychologiques qui peuvent expliquer l'habitude de fumer. D'intéressantes comparaisons sont faites avec les légendes du feu, le mythe de Prométhée, la valeur symbolique de l'acte de fumer. De la même façon sont tentées des explications

d'autres habitudes, d'autres appétences à caractère passionnel. Une grande importance est accordée à la notion de valeur substitutive de ces habitudes à l'égard des liens affectifs entre l'enfant et sa mère. Il s'agirait de compensation d'un déficit affectif maternel pendant l'enfance. L'appétence répondrait à un désir inconscient de trouver une valeur de remplacement de la mère trop lointaine ou perdue et surtout qui avait manqué à l'enfant. Une évocation est faite de possibles relations entre le complexe d'Œdipe et les phénomènes étudiés.

V.-J. DURAND.

Le centenaire de Freud, par Michel GRESSOT (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 327, 10 mai 1956, p. 182).

Sigmund Freud est né le 6 mai 1856, à Freiberg, en Moravie. Il est mort à Londres en septembre 1939. A l'occasion de la célébration de son centenaire, l'auteur retrace à grands traits son apport à la connaissance de l'homme. Il montre les différents aspects de la psychanalyse. Celle-ci est tout d'abord une méthode d'observation et de traitement dont la découverte a représenté pour la psychologie instinctivo-affective un progrès capital, comparable à celui obtenu en anatomie par l'emploi du microscope. La psychanalyse est également un corps de faits rassemblés grâce à une méthode ; enfin, l'interprétation de ces faits, leur intégration dans un ensemble harmonieux, intelligible, toujours susceptible de remaniements et de retouches constitue la théorie psychanalytique. « Les contempteurs mêmes de l'analyse ne peuvent plus penser tout à fait en dehors d'elle, sauf à vider l'homme de son sens psychologique. » L'auteur souligne que la pratique psychanalytique relève d'une éthique médicale rigoureuse et délicate. Elle doit répondre aux qualités d'humaniste de Freud.

V.-J. DURAND.

Aspect psychiatrique de l'hypothyroïdie, par Jacques TURMEL, Charles A. MARTIN et René PION. (*Laval médical*, Québec, vol. 21, n° 3, mars 1956, extrait de dix pages).

« L'hypothyroïdie est une cause des plus importantes et des plus oubliées de psychose organique. » C'est ce que montrent les auteurs en analysant vingt-quatre observations de malades myxoédémateuses présentant des troubles mentaux. Ils indiquent les éléments du diagnostic endocrinien, l'importance du métabolisme basal et de la cholestérolémie, puis précisent les caractéristiques du tableau psychiatrique. Dans l'ensemble, les syndromes paranoïques prédominent (13 cas sur 24). Ceci est d'ailleurs classique. D'autres troubles mentaux sont possibles ; la bradypsychie est pratiquement constante. L'épreuve du traitement fut valable dans presque tous les cas. Trois observations sont plus spécialement décrites à titre d'exemple.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Physiologie et pathologie de la hernie de l'uncus (Fisiología y patología de la hernia del uncus), par Joseph P. EVANS (de Chicago). (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 343-352).

La hernie de l'uncus apparaît à l'auteur se traduire par une perturbation des fonctions du pédoncule cérébral qu'elle comprime. Il y a atteinte particulière du noyau rouge, du noyau du nerf moteur oculaire commun, des centres de la vigilance. Les lésions du noyau rouge et de la troisième paire sont responsables de la rigidité de décérébration et des divers signes oculaires. Quand les symptômes sont bilatéraux, ce qui est assez fréquent, les signes du côté opposé seraient dus à des foyers hémorragiques dans la calotte pédonculaire des deux côtés. Les troubles de la conscience résulteraient de l'atteinte de la substance réticulée mésentencéphalique, qui joue un rôle certain dans le maintien de l'état de vigilance. Deux observations sont rapportées, l'une avec étude anatomo-pathologique, permettant de conclure que les infarctus hémorragiques du pédoncule cérébral pourraient trouver leur origine dans les rapports avec un bon drainage veineux par les veines pédonculaires entre l'uncus et le mésentencéphale. Il en résulte ainsi que les symptômes observés sont provoqués par des lésions dans des régions importantes du mésentencéphale, d'où gravité plus grande que pour la hernie du cervelet et du bulbe à travers le foramen magnum de Paccioni. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le syndrome subjectif des blessés du crâne, par A. PLICHET (*La presse médicale*, 63, n° 23, 26 mars 1955, p. 473-474).

Les progrès de la thérapeutique, le développement de divers examens complémentaires ont permis de mieux préciser la conduite à tenir en présence d'un commotionné ancien se plaignant d'un syndrome subjectif des blessés du crâne. Il faut rechercher les caractères des commémoratifs de l'accident, la réalité du traumatisme crânien, la durée de la perte de connaissance, les troubles observés au réveil, l'existence possible d'une élévation thermique, la date d'apparition des symptômes subjectifs. Il est nécessaire d'explorer toutes les structures cérébrales et de déceler les perturbations qui peuvent survenir éventuellement dans les différentes régions. Puis, faire pratiquer un examen oto-vestibulaire qui pourra renseigner sur les lésions destructives ou initiatives des voies acoustiques ou centrales, depuis le conduit auditif interne jusqu'à la région bulbo-protubérantielle. Ensuite, faire procéder à un examen oculaire qui précisera l'existence éventuelle d'altérations circulatoires ou de micro-hémorragie au niveau de la rétine, permettant ainsi d'apprécier la circulation cérébrale. Un électro-encéphalogramme est absolument nécessaire, fait au repos et sous l'influence de l'hyperpnée. Il traduira d'éventuelles lésions vasculaires ou cicatricielles et permettra de déceler une évolution vers l'épilepsie post-traumatique ; dans d'autres cas, il fera localiser une lésion importante : hématome ou ramollissement. On pourra, au besoin, faire une encéphalographie gazeuse, qui renseignera tout d'abord sur la pression et la composition du liquide céphalo-

rachidien et fera voir une atrophie corticale ou une dilatation ventriculaire passive. Ces différents examens sont faits systématiquement. En face d'examen neurologiques normaux, d'examen ophtalmologiques et oto-rhino-laryngologiques normaux, d'un électro-encéphalogramme normal, il apparaît possible de douter des dires d'un sujet qui prétend avoir des vertiges, douze ou dix-huit mois après le traumatisme. Cela est encore plus valable quand le délai est plus long. Du point de vue médico-légal, il est très prudent de ne parler de consolidation qu'après un an et demi à deux ans d'observation consécutive à l'accident.

V.-J. DURAND.

La vie végétative de la douleur, par René LERICHE. (*La presse médicale*, 63, n° 22, 23 mars 1955, p. 435-436).

« La douleur a une vie personnelle, une vie égoïste qui ne s'inquiète pas de qui la supporte, une vie changeante, nuancée, mobile, dont il est difficile de discerner les éléments directeurs. » C'est une sensation, un phénomène thalamique, dit-on habituellement, mais cela n'explique ni le nombre de ses variétés, ni les préliminaires de sa naissance, ni le mécanisme de son éclatement, ni les modalités de son développement et de sa disparition. C'est un phénomène essentiellement fonctionnel. Il est donc vain de vouloir définir une anatomie pathologique de la douleur. Ce sont les variations de la douleur d'un instant à l'autre qui constituent sa vie végétative. C'est le climat dans lequel vivent les tissus qui souffrent. Il faut souligner la fréquente coïncidence des variations vaso-motrices et des variations de la douleur. De nombreux exemples cliniques montrent que la vie végétative de la douleur apparaît dominée par les mouvements de la vaso-motricité. Mais, il y a aussi une participation endocrinienne, comme le révèle l'action antalgique de la parathyroïdectomie dans les polyarthrites ankylosantes. D'autres glandes à sécrétion interne peuvent intervenir. Le type clinique de la douleur a-t-il une valeur révélatrice au point de vue du mécanisme de production ? C'est vraisemblable. Par contre, il ne faut pas considérer la douleur comme un moyen de défense et de protection. Il n'y a pas lieu d'admettre, non plus, de terminaisons périphériques algiques spécifiques. La douleur n'existe pas en dehors du thalamus. De nombreux problèmes sont encore posés et sans solution satisfaisante.

V.-J. DURAND.

Rétinoblastome. Étude anatomo-clinique (Retinoblastoma. Estudio anatomo-clínico), par Jorge CAMPOS, R. de C. (de Lima). (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 267-303).

L'auteur fait une importante étude des caractéristiques cliniques et anatomo-pathologiques du rétinoblastome, en s'arrêtant particulièrement aux problèmes diagnostiques et aux formes généralisées de la tumeur. Des recherches statistiques faites à Lima, il apparaît que la maladie a frappé 33 sujets en quatorze ans, sur un ensemble de 29.500 personnes examinées à l'Institut des affections néoplasiques. La proportion est de 0,11 %. Pour 900 enfants, elle s'est élevée à 3,7 %. La plupart des cas étaient déjà avancés. Vingt-trois fois il s'agissait de formes unilatérales, dix fois de formes bilatérales.

Cinq protocoles d'autopsies sont donnés, permettant de discuter les voies suivies pour la généralisation de cette néoplasie. Il faut signaler la rareté des métastases pulmonaires. Treize figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Appréciations sur l'artère cérébrale postérieure (Apreciaciones sobre la arteria cerebral posterior), par Esteban D. ROCCA et E. MONTEAGUDO. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 387-400).

Une étude de l'artère cérébrale postérieure a été faite aux points de vue embryologique, anatomique et angiographique. Diverses modifications ont été observées dans la situation, la forme, le calibre au cours des processus néoformatifs, des complications traumatiques, des affections parasitaires et des malformations vasculaires. Il serait indiqué de consacrer des recherches étendues à l'artère cérébrale postérieure, pour la mieux connaître. Douze figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Opération du Taarnhoj dans la névralgie du trijumeau (Operacion de Taarnhoj en la neuralgia del trigémino), par J. FRANCO P. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 370-375).

L'auteur présente trois observations de névralgie du trijumeau pour lesquelles a été pratiquée l'opération de Taarnhoj, c'est-à-dire la décompression du ganglion de Gasser, soit intra-, soit extra-durale. Il s'agit d'un procédé chirurgical avantageux qui ne produit pas l'anesthésie obtenue quand on coupe la racine. Ce fait doit être considéré dans le traitement de la névralgie du trijumeau, surtout chez des sujets jeunes où les résultats paraissent plus satisfaisants. Figure.

V.-J. DURAND.

Sur la névrite sérique, avec considération particulière de la localisation élective (Über die Serumneutris, mit besonderer Berücksichtigung der elektiven Lokalisation), par Pierre GUGGENHEIM (de Bâle). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, fasc. 1-2, 1955, p. 47-66).

Dans les cas typiques, la névrite sérique montre une localisation sélective dans le domaine du plexus brachial. Le plexus droit est plus souvent touché que le gauche. Dans les formes atypiques, on peut voir des localisations au niveau des extrémités inférieures, des quatre extrémités, des nerfs crâniens, du système nerveux central. Ainsi, un malade observé en 1945 à Bâle, présenta une paralysie bilatérale des nerfs péroniers, neuf jours après une injection de sérum antitétanique. Dans certaines affections, autres que la névrite sérique, on peut retrouver des localisations électives, par exemple dans les névrites toxiques (saturnines, arsénicales). Les théories explicatives proposées jusqu'à maintenant pour la localisation des névrites sériques ne sont pas satisfaisantes. Chez certains sujets qui montrent une anamnèse familiale ou personnelle chargée, il faut redouter particulièrement que le processus pathologique ne se limite pas au plexus brachial, mais diffuse à d'autres segments du système nerveux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Difficultés étiologiques du syndrome d'hypertension intracranienne, par Louis-Marcel GERVAIS et Jules LAMBERT. (*Laval médical*, Québec, vol. 21, n° 3, mars 1956, extrait de douze pages).

Les auteurs présentent un cas de syndrome d'hypertension intracranienne chez un sujet ayant des antécédents tuberculeux pulmonaires. Il y avait des céphalées importantes, des vomissements, de la stase papillaire, une paralysie du nerf moteur oculaire externe droit. La ponction lombaire et l'électro-encéphalographie donnaient des résultats non caractéristiques. Il n'y avait pas de signe de localisation. Il ne fut pas possible de préciser le diagnostic, malgré la recherche de l'étiologie du syndrome d'hypertension intracranienne. C'est seulement l'autopsie qui permit de reconnaître l'existence d'un glioblastome multiforme de la partie supérieure du tronc cérébral avec hydrocéphalie des ventricules latéraux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Mesure de pression de l'artère centrale de la rétine dans la migraine et l'épilepsie sous l'influence de quelques médicaments (Ponašanje tlaka art. centralis retine kod migrene i epilepsije pod djelovanjem nekih farmaka), par N. LJUŠTINA-IVANČIĆ et S. DOGAN (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 3-4, 1955, p. 244-253).

Il y a une analogie considérable entre les circulations rétinienne et cérébrale en ce qui concerne la morphologie et la physiologie des artères de la rétine et de l'encéphale. C'est pourquoi la pression de l'artère rétinienne montre une indépendance partielle à l'égard de la tension artérielle périphérique. Les auteurs ont mesuré la pression artérielle rétinienne et la tension humérale chez 39 malades avant et après application de métrazol, de pendiomide, de tétraéthylammonium et d'histamine. Parmi les sujets observés, 10 souffraient de migraine, 21 d'épilepsie, 8 d'autres affections ou servaient de témoins. En général, la pression artérielle périphérique était plus sensible aux changements provoqués par les médicaments que la pression rétinienne. Ceci est en accord avec la supposition d'une autonomie relative de régulation de la circulation rétinienne. Les modifications de la tension rétinienne apparaissaient nettement plus tard et les oscillations étaient plus réduites, mais les effets provoqués étaient de plus longue durée. Dans la migraine, la tension rétinienne minimale était, en moyenne, un peu plus basse que dans l'épilepsie. Mais la constatation de tension artérielle rétinienne minimale anormalement élevée dans deux cas souffrant de migraine et d'hypertension aida à expliquer les symptômes encéphalopathiques dans le premier cas et l'apparition d'un accident vasculaire cérébral au cours d'une crise de migraine dans le second. Dans quelques cas a été observé un comportement différent des tensions rétiniennes droite et gauche, mais de façon insuffisante pour permettre de localiser un foyer épileptique ou une migraine unilatérale. Dans trois cas d'épilepsie, la tension rétinienne minimale demeura inchangée sous l'influence du métrazol du côté malade et augmenta du côté opposé. Après administration de produits hypotenseurs, la tension rétinienne s'éleva dans quelques cas du côté malade, en s'abaissant du côté sain. On peut admettre que des différences individuelles dans la réactivité, l'emploi de doses relativement faibles et l'intervention de

l'excitation émotionnelle pendant l'examen ont pu être responsables de certaines réactions inattendues. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour préciser certains points. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Données électro-encéphalographiques sur un cas de sclérose tubéreuse (Rilievi elettroencefalografici su di un caso di sclerosi tuberosa), par Diego DE CARO, Raffaello PICCIAU et Luigi MULAS (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 11^e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 191-195).

Une petite fille de 12 ans, atteinte de sclérose tubéreuse, est examinée au point de vue électro-encéphalographique. On note une dysrythmie constante et lente qui correspond à des signes cliniques d'épilepsie. L'épreuve du cardiazol détermine un accès convulsif après l'introduction de 8 cm³. On met en évidence une zone de souffrance cérébrale localisée à la région temporelle. Dans l'ensemble, les tracés expriment une souffrance cérébrale diffuse avec accentuation dans les aires temporales et pariétales. Quatre figures.

V.-J. DURAND.

Sur les kystes d'échinocoque de l'encéphale (Sulle cisti di echinocco dell'encefalo), par G. PACIFICO (de Sassari). (*Acta neurologica*, Naples, 11^e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 131-139).

Trois cas de kystes échinococciques cérébraux sont rapportés. A ce propos, l'auteur indique que la présence de semblables formations de siège hémisphérique doit être présumée, dans des régions où la parasitose est endémique comme en Sardaigne, quand apparaît un syndrome d'hypertension intracrânienne particulier. Il y a céphalée d'abord par accès, état subfébrile, stase papillaire, symptomatologie focale, signes biologiques. La réaction de Casoni n'est pas toujours positive. Souvent, les kystes sont volumineux, alors que le tableau clinique est assez pauvre. L'ablation chirurgicale est susceptible d'amener une guérison complète. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Crises névralgiques cervico-thoraco-brachiales par arthrose vertébrale persistant depuis plus de 20 ans, guéries par le triod et le nicotène intrarachidien (Crisi nevralgiche cervico-toraco-brachiali da artrosi vertebrale persistenti da oltre 20 anni guarite con triod e nicotene endorachide), par Primino RONCO (d'Alessandria). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, 1956, p. 377-390).

L'auteur décrit un intéressant cas clinique caractérisé par de fréquentes et intenses crises gastralgiques et par des névralgies cervico-thoraco-brachiales qui dataient de plus de vingt ans. La rémission complète des symptômes a été obtenue par un traitement associant le triod et le nicotène par voie endorachidienne. Une semblable guérison est sans doute la conséquence des propriétés antiphlogistiques et décongestionnantes du triod et de l'action pharmacodynamique du nicotène, compte tenu du fait que la symptomatologie douloureuse était vraisemblablement à attribuer à l'irri-

itation radiculaire par troubles circulatoires en rapport avec un processus de spondylarthrose cervicale. Cinq figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur la localisation spinale de l'échinococcose (Sulle localizzazione spinale della echinococcosi), par Domenico ARRU (de Sassari). (*Acta neurologica*, Naples, 11^e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 86-94).

Six observations d'échinococcoses à forme spinale sont rapportées. L'apparition rapide, dans des régions où l'endémie échinococcique est répandue (comme la Sardaigne), d'un syndrome de compression chez de jeunes adultes, en bon état général, fait penser à une localisation vertébrale de l'échinococcose si certaines conditions sont remplies. Il s'agit de malades présentant des caractéristiques de localisation extrinsèque du processus expansif, à siège surtout cervico-dorsal et lombo-sacré, avec éosinophilie sanguine, positivité de la réaction de Casoni, signes de blocage céphalo-rachidien, tableau radiographique non caractéristique d'un processus destructif ou parfois sans signes radiologiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à la connaissance de la maladie de Winiwarter-Buerger (Thromboangéite oblitérante). Étude anatomo-clinique d'un cas avec manifestations cérébrales et cérébelleuses (Contributo alla conoscenza della malattia di Winiwarter-Buerger (Tromboangioite obliterante. (Studio anatomo-clinico di un caso con manifestazioni cerebrali e cerebellari), par Giorgio CARMi et Eugenio CIAMPOLINI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, 1956, p. 271-296).

Les auteurs décrivent un cas de maladie de Winiwarter-Buerger (thromboangéite oblitérante) avec étude clinique et anatomo-histologique. Il s'agissait d'une forme généralisée avec prédominance nette des localisations cérébrales et cérébelleuses. Quelques commentaires sont faits sur la pathogénie du syndrome spléno-hépatique de type bantien observé dans ce cas. On peut, à ce propos, admettre une localisation artérielle splénique, histologiquement vérifiée, de la thromboangéite oblitérante. Dix figures. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

Contribution clinico-thérapeutique à l'étude de la neuromyéélite optique (Contributo clinico-terapeutico sulla neuromielite ottica), par Domenico STAROPOLI (de Messine). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 1, janvier-février 1956, p. 51-72).

L'auteur décrit deux cas de neuromyéélite optique, l'un à évolution aiguë, l'autre d'allure chronique. Il montre comment l'emploi des antibiotiques permet d'obtenir la guérison chez la première malade, âgée de 31 ans, tandis que la seconde, âgée de 22 ans, présentait une très nette amélioration. En se fondant sur une étude de la littérature depuis les travaux initiaux de Devic, ainsi que sur l'analyse de ses deux observations personnelles, l'auteur pense qu'il est possible d'inclure la neuromyéélite optique dans le groupe des encéphalomyélites infectieuses. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'importance de la barrière hémato-encéphalique dans la pathogénie des encéphalomyélites expérimentales (L'importanza della barriera emato-encefalica nella patogenesi delle encefalomieliti sperimentali), par Mario GOZZANO, Vincenzo FLORIS, Gaetano DELLA ROCCA et Cristoforo MOROCUTTI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 1, janvier-février 1956, p. 1-17).

Pour étudier le rôle de la barrière hémato-encéphalique dans les encéphalomyélites expérimentales, obtenues par des injections répétées de cerveau homologues ou hétérologue, les auteurs ont injecté à des lapins des émulsions de substance cérébrale avec du trypan-bleu et du rouge-carmin. Ces expériences ont été faites sur trois groupes d'animaux. Dans le premier, on injecta la substance cérébrale totale avec le colorant vital ; l'examen histologique montra la présence de granules colorés endo- ou périvasculaires et dans le parenchyme cérébral. Dans le deuxième groupe, on injecta de la substance blanche et le colorant vital ; l'examen histologique révéla la présence du colorant principalement dans la substance blanche cérébrale. Pour le troisième groupe, enfin, on injecta de la substance grise associée au colorant vital. L'examen histologique permit de constater des grains colorés dans les substances grise et blanche, mais surtout dans la première et dans une proportion plus forte que dans les autres groupes. On observa aussi des hémorragies minimes, l'occlusion de petits vaisseaux par des embolies colorées et des zones correspondantes de nécrose légère dans le parenchyme cérébral. Ces recherches montrent donc que la substance cérébrale traverse la barrière hémato-encéphalique et transporte la couleur émulsionnée. Elle produit, d'autre part, des lésions nécrotiques du parenchyme cérébral secondaire à des petites hémorragies et à des phénomènes emboliques des petits vaisseaux. Les auteurs pensent que ces phénomènes nécrotiques sont probablement responsables des encéphalites expérimentales allergiques et que, dans les encéphalomyélites après vaccinations antirabiques, ainsi que dans les encéphalo-myélites allergiques, les phénomènes d'organotoxie spécifique ont beaucoup d'importance. Dix figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Aspects électro-encéphalographiques de cent tumeurs de la fosse postérieure et de quarante du troisième ventricule (Aspetti elettro-encefalografici di 100 tumori della fossa posteriore e 40 del terzo ventricolo), par Sergio BROGLIA et Adriana POSTIR (de Turin). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 1, janvier-février 1956, p. 29-50).

Après avoir examiné les données de la littérature, les auteurs communiquent les résultats de leurs propres observations électro-encéphalographiques dans cent cas de tumeurs de la fosse cérébrale postérieure et dans quarante cas de néoplasies du III^e ventricule. Ils estiment qu'il faut distinguer deux types d'altérations électro-encéphalographiques : tout d'abord, des anomalies diffuses (bouffées paroxystiques d'ondes lentes à 1-3 cycles-seconde, rythmes hypersynchrones et rythme thêta) ; d'autre part, des anomalies localisées (rythme delta polymorphe et ondes rapides). Parmi les tumeurs de la fosse postérieure, les auteurs ont trouvé 33 % de tracés normaux, 44 % présentant des anomalies diffuses et 23 % ayant des rythmes pathologiques.

localisés. Dans 45 % des néoplasies du III^e ventricule, l'électro-encéphalogramme était normal ; dans 55 %, il montrait des anomalies diffuses ; les rythmes pathologiques localisés étaient complètement absents. Il n'a pas été possible de mettre en évidence un aspect électro-encéphalographique spécifique de ces tumeurs. Cependant, il y a prédominance du rythme thêta dans les tumeurs d'encéphales, tandis que dans les néoplasmes de la fosse postérieure, se rencontrent plus souvent des bouffées paroxystiques d'ondes lentes et des rythmes hypersynchrones. On dirait que les tumeurs hémisphériques du cervelet et les néoplasies de l'angle fronto-cérébelleux dans de nombreux cas sont caractérisées par des anomalies localisées, bien souvent temporales homo- ou controlatérales à la lésion. De cette façon, il s'agirait de « fausses localisations ». Les auteurs discutent les problèmes pathogéniques et avancent des hypothèses sur l'origine des altérations rencontrées dans les tracés examinés. Ils pensent que deux facteurs jouent un rôle déterminant : a) l'action du système réticulaire du tronc cérébral de Moruzzi et Magoun ; b) la dilatation du III^e ventricule. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Méningite aseptique dans le diabète sucré (Aseptische Meningitis bei Diabetes mellitus), par E. R. ELSTE (de Heidelberg). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, avril 1956, p. 205-210).

L'auteur présente une observation de méningite aseptique survenue comme complication d'un diabète chez un homme de 29 ans. Le trouble de la glyco-régulation avait commencé dix ans plus tôt. La méningite lymphocytaire apparut brusquement. Un syndrome comateux amena la mort avec intervention également d'un abcès pulmonaire. L'apparition de la méningite aseptique au cours du diabète sucré peut sembler, dans le cas actuel, résulter d'un trouble des échanges entre le sang et le liquide céphalo-rachidien, à travers la barrière hémato-liquidienne.

V.-J. DURAND.

Conduite à tenir en présence d'une poliomyélite débutante (Article sans nom d'auteur). (*Médecine et hygiène*, Genève, 14^e année, n° 336, 30 août 1956, p. 324-325).

Le traitement de la poliomyélite à sa phase aiguë, bien que demeurant encore actuellement purement symptomatique, a fait d'incontestables progrès au cours des dernières années. Les formes non paralytiques exigent avant tout un repos complet, meilleur moyen de combattre l'invasion du système nerveux par le virus. Dans la forme spinale pure, l'immobilisation initiale sera compensée partiellement par de fréquents changements de position des malades. La mobilisation passive des muscles paralysés, rapidement suivie de la physiothérapie convenable, sera appliquée peu de jours après la défervescence. La paralysie du diaphragme et des muscles respirateurs associés nécessite, en règle, la respiration artificielle à l'aide d'une cuirasse, d'un respirateur ou d'un poumon d'acier. L'atteinte des noyaux bulbaires supérieurs entraînant de la dysphagie et des difficultés d'expectoration et de respiration doit être traitée par la trachéotomie. Enfin, l'infection secondaire des voies respiratoires inférieures, souvent due à des germes résistant

aux antibiotiques, constitue une complication fréquente et très difficile à corriger de la trachéotomie combinée à la respiration contrôlée.

V.-J. DURAND.

L'hypotonie généralisée dans le tableau de l'abcès frontal dans l'enfance (L'ipotonia generalizzata nel quadro dell'ascenso frontale nell'infanzia), par Adelaide COLLI-GRISONI (de Milan). (*Revista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 107-120).

Quatre cas d'abcès frontal chez des enfants de 8, 9, 10 et 12 ans sont analysés. Parmi les symptômes, l'auteur étudie plus spécialement l'hypotonie généralisée. Les mécanismes de cette hypotonie sont successivement envisagés. Il semble possible d'éliminer, dans les cas présentés, l'hypertension intracrânienne agissant sur le diencéphale et le tronc cérébral. Peut-être faut-il incriminer plutôt une dépression fonctionnelle d'un système de projection diffus s'élevant du tronc inférieur de l'encéphale et du diencéphale vers le cortex cérébral. Des commentaires sont faits sur les rapports entre lésions du lobe frontal et troubles de la tonicité. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Membre fantôme douloureux dans une lésion du plexus brachial (Membro fantasma doloroso en lesion del plexo braquial), par S. OBRADOR, E. PELAZ et E. LAMAS (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 35, juillet-septembre 1955, p. 535-546).

Les auteurs rapportent l'histoire clinique d'un malade qui développa un syndrome de membre fantôme douloureux à la suite d'une lésion traumatique du plexus brachial et qui put être observé pendant onze mois. Ils étudient les différents facteurs périphériques et centraux pouvant participer à la pathogénie du syndrome et insistent spécialement sur l'examen de la personnalité du malade, ses traits comitiaux, ses tares psychopathiques. Au point de vue thérapeutique, fut pratiquée une cordotomie cervicale, grâce à laquelle fut obtenue une diminution marquée de la douleur, mais avec persistance de perception du membre fantôme. Cette intervention met en relief la dissociation de la composante douloureuse et de la composante hallucinatoire, malgré leur intrication habituelle. La personnalité du malade modifie les caractéristiques émotionnelles et affectives de la douleur qui, à leur tour, se répercutent pathologiquement sur le psychisme.

V.-J. DURAND.

Contribution clinique à l'étude de l'atrophie cérébelleuse de type Murri-Thomas (Contributo clinico allo studio della atrofia cerebellare tipo Murri-Thomas), par A. DONATI et C. MONZA (de Varèse). (*Revista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 121-145).

Les auteurs décrivent un cas d'atrophie cérébelleuse de type Murri-Thomas chez un homme de 44 ans. Le début des troubles remontait à l'âge de 32 ans avec aggravation progressive. L'encéphalographie gazeuse permit de montrer une nette réduction de volume de la masse du cervelet avec signes d'atrophie corticale. Après avoir exposé les données les plus intéressantes de la litté-

rature pour les questions de diagnostic et d'étiopathogénie, les auteurs soulignent la particulière importance que peut prendre l'étude pneumo-encéphalographique pour démontrer l'existence d'une atrophie cérébelleuse. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Maladie hérédo-dégénérative du système cérébelleux. Présentation d'une souche familiale (Malattia eredo-degenerativa del sistema cerebellare. Presentazione di uno stipite familiare), par C. GENTILI et F. ZAMBONELLI (de Bologne). (*Revista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 187-206).

Une souche familiale de cinq générations, avec 95 sujets dont 9 atteints d'un syndrome dégénératif cérébelleux est étudiée par les auteurs. Les tableaux cliniques extrêmement polymorphes constituent un exemple très démonstratif de la variabilité intra-familiale. Chez sept membres de cette famille furent observés des troubles oculo-moteurs. Il faut noter la survenue dans les cas étudiés du phénomène de l'anticipation morbide. Arbre généalogique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Hémicranie paralytique (Emicrania paralitica), par Sergio BORDI et Giorgio SPACCARELLI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 2, mars-avril 1956, p. 129-135).

Les auteurs décrivent un cas d'hémicranie dans lequel l'attaque de migraine produisait, à titre de complication durable, mais non permanente, un déficit visuel. Cette observation est à rapprocher des autres formes d'hémicranie paralytique avec signes, soit oculaires, soit moteurs. Comme explication pathogénique, on peut admettre, soit un trouble de la perméabilité vasculaire, pour les cas où le déficit est permanent, soit un œdème anoxique, par spasme circulatoire local, s'accompagnant de troubles transitoires. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Triade hypertensive intracrânienne comme unique manifestation clinique dans l'hématome sous-dural chronique des adultes (Triade ipertensiva endocranica quale unica manifestazione clinica nell'ematoma subdurale cronico degli adulti), par Giorgio SPACCARELLI et Mirella VALLINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 2, mars-avril 1956, p. 136-142).

L'hématome sous-dural chronique des adultes peut prendre l'allure clinique de l'hypertension intracrânienne avec céphalée, œdème papillaire, signes végétatifs et insuffisance d'un nerf moteur oculaire externe, mais sans aucun autre signe d'atteinte du système nerveux central, et sans aucun trouble psychique. Les auteurs décrivent deux observations, puis ils évoquent les discussions sur les problèmes de la fréquence de l'œdème papillaire, au cours de l'hématome sous-dural chronique. Ils admettent que cet œdème apparaît dans la moitié des cas environ. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Système nerveux et hibernation artificielle. Revue critique et contribution de neurophysiopathologie expérimentale (Sistema nervoso e ibernazione artificiale. Rassegna critica e contributo di neurofisiopatologia sperimentale), par C. L. CAZZULLO (de Milan). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 30 juin 1956, p. 7-105).

Les procédés de refroidissement corporel ont été perfectionnés par Laborit et Huguenard et appliqués en clinique à des situations pathologiques de haute gravité. Une vaste littérature expérimentale s'est développée sur la question. L'auteur la passe en revue. Puis, il décrit ses recherches personnelles sur 42 chiens et 100 rats. Les données obtenues chez ces derniers ont servi seulement à la discussion de quelques faits particuliers. Les méthodes d'étude ont été, soit identiques à celles de Laborit et Huguenard, soit dérivées avec des modifications qui se sont montrées très utiles, soit pour le déroulement de l'épreuve, soit pour obtenir un plus fort pourcentage de survie, même après des stress particulièrement graves. Les valeurs minimales de température ont été de 18-17°5 centigrades chez les chiens et 8-7° centigrades chez les rats. On a pu noter des courbes à descente rapide, à descente lente, à hypothermie oscillante. Les manifestations les plus importantes observées pendant l'hypothermie profonde sont constituées par : abolition ou diminution de l'état de vigilance, anesthésie, analgésie, net ralentissement de la respiration, bradycardie intense, abaissement de la pression artérielle, légère augmentation de la pression veineuse, modification de l'électrocardiogramme (allongement de ST, altération de T avec apparition de l'onde T atriale ischémique), aspects particuliers et constants des tracés électriques cérébraux. L'électro-encéphalogramme et l'électro-cortico-gramme dans la première phase de l'hypothermie présentent des courbes de haut voltage avec ondes lentes. Puis, entre 29 et 20° centigrades apparaît une phase de rythmes rapides, suivie d'une réduction progressive des fréquences et des potentiels. Parallèlement à la baisse de la température, ils se réduisent à des valeurs très faibles avec les caractères d'une dépression diffuse du rythme. A la période de réchauffement, il y a reprise graduelle et harmonique de l'organisation des tracés jusqu'à retour à la normale. Le phénomène est généralement totalement réversible également pour ce qui concerne l'attitude et le comportement de l'animal. Les modifications hémodynamiques et la réduction des métabolismes et de leur substratum enzymatiques sont analysées. Les changements électriques cérébraux sont particulièrement discutés, en utilisant aussi les résultats obtenus par l'examen de l'activité convulsive strychninique, qui est abolie dans l'hypothermie profonde. Par ses caractéristiques, l'hibernation artificielle peut constituer un bon moyen de recherche pour l'étude des mécanismes préposés au contrôle de l'état de vigilance et à la régulation des fonctions somato-végétatives. Les applications cliniques de ce procédé sont liées aux données de l'expérience. Vingt figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les paralysies du sciatique poplitée externe (Sulle paralisi dello sciatico-popliteo esterno), par Anselmo CALAMARI et Piero PIERACCINI (d'Arezzo). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 147-159).

Quatre cas sont rapportés de paralysie du nerf sciatique poplitée externe, chez des enfants d'un peu moins de 2 ans. Les éléments communs furent :

l'apparition de la paralysie isolée après une bronchite capillaire, mais à un moment où l'enfant est rétabli et ne présente plus aucun trouble, aspect ressemblant à celui d'une poliomyélite antérieure aiguë avec pied pendant, varus équin, hypotrophie musculaire, évolution se faisant vers une guérison totale. La maladie de Heine-Medin a pu être exclue. Examinant les causes possibles de ces paralysies et les passant en revue, les auteurs en éliminent de nombreuses pour considérer le rôle de la bronchite capillaire. Cette dernière apparaissant souvent chez des enfants atteints d'une affection grippale, on peut admettre que la paralysie est provoquée par un virus non poliomyélique. Une relation entre la grippe, la bronchite capillaire et la paralysie peut être admise. Le virus grippal serait en cause. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les névraxites primitives de nature virale probable (Le nevrassiti primitiva di probabile natura virale), par Aurelio PAPALIA (de Messine). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 3, 1956, p. 499-551).

Après une revue de la littérature sur les névraxites primitives de nature virale probable, affections différentes des névraxites à virus connus observées en Europe et particulièrement en Italie, l'auteur étudie la « névraxite virale italienne » décrite en 1939 par Condorelli et Scaffidi. Il envisage 75 cas observés entre 1940 et 1955 à la clinique neurologique de Messine, montrant les ressemblances symptomatiques avec la variété de Condorelli et Scaffidi. Bien qu'il soit possible de constater des éléments en faveur de l'unification de ces affections, il faut attendre une connaissance plus complète des signes et de l'anatomie pathologique pour donner un fondement nosologique solide à ce groupe morbide. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

La croissance de l'enfant dans la ludothérapie (Child's growth in play therapy), par Elisabeth F. HELLERSBERG (de New-Haven, Connecticut). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 3, juillet 1955, p. 484-502).

L'auteur pense que, pour comprendre la signification de la thérapeutique par le jeu sur la croissance totale de l'enfant, il faut accorder davantage d'attention à la sensibilité de l'enfant, et particulièrement à l'exploration tactile. La méthode étudiée ne vaut que pour l'enfant névrotique. Dans la première phase du traitement, il faut s'identifier le plus possible avec le jeune malade et approuver toute expression de ses besoins. Trois phases peuvent être distinguées : l'une nécessaire pour le contact sensoriel, l'autre destinée à redécouvrir la relation de sa propre forme corporelle, et la dernière pour maîtriser, créer ou construire. Ces activités répondent aux stades du développement de la libido : la première correspond à la phase orale, la seconde à la phase anale, la troisième à la période génitale. L'enfant, grâce à son pouvoir d'imagination ou de projection, peut arriver à explorer et à comprendre le monde social en rapport avec lui-même et à projeter les

obstacles émotionnels qui avaient empêché ses relations humaines. Eprouvant une plus grande confiance en soi, se trouvant même adapté, l'enfant est alors capable de quitter son psychothérapeute. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Considérations sur 65 cas de syndrome adipo-génital, par C. I. PARHON, M. PITIS, V. STANESCU, S. SEGAL, R. FELIX, V. IONESCU, R. SCARLAT et M. THEODORU. (*Revue des sciences médicales*, Bucarest, t. 1, n° 1, 1956, p. 5-40).

Les auteurs ont soigneusement étudié un groupe de 65 enfants présentant un syndrome adipo-génital. Ils ont observé une série de caractéristiques spécifiques au point de vue de la pensée, de l'affectivité, de la volonté, de la psychomotilité, du comportement, du type de système nerveux. En général, l'intelligence est caractérisée par la mobilité des processus idéatifs, la labilité de l'attention, la superficialité et le caractère infantile de la pensée. Sur le plan de l'affectivité, ces enfants sont équilibrés, mais assez émotifs, timides, impressionnables, leur volonté est diminuée, manifestant l'horreur de l'effort, une dépendance accentuée par rapport au milieu et une combativité réduite. Le trait essentiel de leur psychomotilité est le désaccord entre le rythme moteur lent et la tendance à l'instabilité psychique. Le comportement est infantilo-gynécoïde. Quant au type de système nerveux, ces malades appartiennent au type fort, équilibré, mobile, ou à la variante intermédiaire équilibrée, mobile, fixant facilement les réflexes nouveaux. 23 % appartiennent au type faible. Les données expérimentales (réflexes et épreuves de psychologie expérimentale) expliquent en bonne partie les aspects psychiques observés chez les enfants étudiés, comme par exemple : l'attention labile, caractéristique pour la pensée et la psychomotilité de ces sujets. Les facteurs neuro-endocriniens et ceux liés au milieu régissent les particularités du groupe. 26 figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les institutions spécialisées pour les irréguliers de la conduite à l'âge évolutif (Le istituzioni specializzate per gli irregolari della condotta in età evolutiva), par B. BARTOLESCHI. (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 16, mars-avril 1956, p. 158-162).

L'activité des centres médico-psychopédagogiques a montré l'insuffisance des organismes spécialisés pour les enfants présentant des troubles du comportement. D'après une première recherche catamnestique effectuée au centre médico-psychopédagogique de « l'Ente nazionale per la protezione della madre e del fanciullo » de Rome, dans 65 % des cas non traités a été observée une aggravation. L'auteur souligne que les centres médico-psychopédagogiques devraient contribuer à la réalisation des moyens de traitement. Il faudrait aussi favoriser le développement d'organismes spécialisés pour les enfants qui souffrent de troubles du comportement.

V.-J. DURAND.

Les troubles du comportement de type dissocial à l'âge évolutif en rapport avec la situation ambiante (I disordini comportamentali di tipo dissociale nell'età evolutiva in rapporto alla situazione ambientale), par Giuseppe Giulio GIORDANO (de Naples). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 9, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 423-462).

L'auteur rapporte les résultats d'une vaste recherche statistique effectuée sur 500 mineurs dissociaux, examinés au centre médico-psychopédagogique de Naples. Pour chaque sujet ont été considérés 60 éléments permettant d'apprécier son milieu de vie. Il y avait donc 30.000 items en tout. Il apparaît du dépouillement des données numériques que, dans un très grand pourcentage de cas, se révèle l'existence d'une situation défavorable du milieu, surtout au point de vue social et économique. Cette situation doit, ainsi, être considérée comme susceptible d'exercer une action néfaste, même indirectement. Dans ce dernier cas, est nécessaire une prédisposition pour que se montre une « petite dissocialité ». Sous ce terme, l'auteur comprend une série de manifestations dissociales assez légères, « marginales » (petits vols, vagabondage, fugues, absence de fréquentation scolaire). Cette petite dissocialité forme la plus grande partie des désordres du comportement des sujets examinés. Les actes antisociaux de plus grande gravité sont beaucoup plus rares. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'irrégularité de la conduite : problème diagnostique (L'irregolarità della condotta : problema diagnostico), par Giovanni BOLLEA (de Rome). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 16, mars-avril 1956, p. 111-133).

Avant tout, l'auteur affirme que les troubles de la conduite chez l'enfant constituent surtout un problème clinique et demandent de résoudre un problème diagnostique. C'est seulement dans un second temps, sur le plan thérapeutique, que le problème peut devenir essentiellement pédagogique, sociologique ou psychologique. Une discussion est entreprise de la méthode qui permet d'arriver à un diagnostic complet. Celui-ci doit faire comprendre les motivations biologiques, sociofamiliales et psychologiques de chaque cas. C'est seulement ainsi, pour l'auteur, qu'on a à sa disposition les éléments nécessaires pour une conduite thérapeutique. Ces mécanismes psychologiques, qui peuvent expliquer très souvent l'apparition du symptôme, sont particulièrement envisagés. Quelques exemples sont rapportés.

V.-J. DURAND.

L'irrégularité de la conduite : modalités instrumentales du diagnostic (L'irregolarità della condotta : modalità strumentali della diagnosi), par Carlo TRAVERSA (de Rome). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 16, mars-avril 1956, p. 134-142).

Après avoir discuté quel est l'instrument diagnostique le plus adapté pour l'étude clinique des irrégularités de la conduite à l'âge évolutif, se basant sur les caractéristiques fondamentales d'une semblable manifestation morbide, l'auteur pense que cet instrument est réalisé par le travail en équipe. Celle-ci est définie comme une méthode clinico-expérimentale. Il faut bien

connaître les avantages de ce procédé, mais aussi ses limites et les inconvénients possibles, quand il est mal appliqué.

V.-J. DURAND.

Tristesse et fatigue de vivre chez une jeune adolescente. Étude clinico-psychologique des jeunes (*Tristezza e fatica de vivere in una giovane adolescente. Studio clinico-psicologica dei giovani*), par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 16, mars-avril 1956, p. 143-151).

L'auteur présente l'observation d'une jeune fille de 16 ans 3 mois venue, accompagnée de sa mère, pour fatigue, nervosité, crises de larmes, sensations douloureuses dans la région précordiale, peu de goût pour le travail scolaire, tristesse. Derrière la banalité des symptômes, l'analyse clinique permet de retrouver une série de facteurs psychologiques venant de l'ambiance et des expériences vécues par cette jeune fille. Ils constituent les véritables facteurs pathogènes. L'examen des tests projectifs (Rorschach, Wartegg, Van Lennep) a apporté des éléments complémentaires. La psychothérapie directe, basée sur la prise en considération des facteurs mis à jour, a suffi à donner le résultat recherché.

V.-J. DURAND.

Idiotie infantile familiale de Tay-Sachs. Forme myoclonono-épileptique chez deux frères. Considérations cliniques, anatomo-pathologiques et héréditaires, par L. MARCHAND, J. BOREL, J. LAROCHE et C. GANRY (*L'encéphale*, 45^e année, n° 1, 1956, p. 1-40).

Les auteurs décrivent de façon détaillée les observations de deux frères, dont les naissances étaient séparées de 18 mois d'intervalle. Les signes cliniques étaient sensiblement identiques. Après des grossesses et accouchements sans incident, le développement physique et mental des enfants fut normal jusqu'à 18 mois pour l'un, jusqu'à 20 mois pour l'autre. Le début des troubles fut marqué par des perturbations psychiques : altérations du caractère, méchanceté, indifférence, jalousie de l'aîné pour son frère. A l'âge de 30 mois, apparurent chez les deux enfants les premiers accidents épileptiques sous forme de pycnolepsie chez l'aîné, de crises akinétiques chez le cadet. Très vite, l'intelligence commença à décliner avec perte de langage, disparition des facultés de compréhension. D'autre part, la marche devint impossible, l'ataxie gagna progressivement les membres supérieurs. Les accès se compliquèrent de myoclonies. Le liquide céphalo-rachidien ne montra ni lymphocytose, ni albuminose. Le fond d'œil demeura normal. L'encéphalographie gazeuse permit de découvrir une atrophie cérébrale et une dilatation ventriculaire symétrique. Finalement, les enfants moururent à l'âge de 6 ans dans un état de mal épileptique. L'étude histologique du cerveau du cadet a décelé des lésions caractéristiques de l'idiotie amaurotique familiale sans amaurose. En plus de gonflements utriculaires des cellules nerveuses par la substance lipéidique, il fut permis de noter, dans les cellules de la couche optique, des pédoncules et des noyaux dentelés, l'existence de grains arrondis rappelant les corpuscules anyloïdes de Lafora. Fait important, l'hérédité psychopathique a été chargée du côté paternel. Des commentaires sont faits, après révision de la littérature, sur le diagnostic

différentiel entre idiotie amaurotique épileptico-amaurotique et l'épilepsie myoclonique progressive. Les éléments qui permettent de les distinguer sont rappelés. Dix-sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Conséquences de l'abandon affectif infantile (Conseguenze dell'abbandono affettivo infantile), par Piero SAGRIPANTI (de Voghera). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 70, fasc. 3, 1^{er} août 1956, p. 533-565).

Après avoir rappelé les données de la littérature sur les conséquences de l'abandon affectif infantile, l'auteur présente deux cas. Le premier montrait l'existence des caractères décrits par Guex dans le type positif-aimant ; le second se traduisait, au contraire, par les signes de type négatif-agressif. Dans de tels syndromes, il faut noter les avantages obtenus par un traitement visant à établir un lien affectif avec les sujets. Si on considère les répercussions possibles sur le développement de la personnalité et, en particulier, sur l'adaptation sociale, il faut savoir la nécessité d'une bonne connaissance du syndrome d'abandon affectif de la part des éducateurs et des médecins. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le psychodiagnostic de Rorschach appliqué aux enfants (O psicodiagnostico de Rorschach aplicado a crianças), par Anita Pais BARRETO (de Recife). (*Neurobiologia*, Recife, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 169-182).

La recherche effectuée a porté sur 204 enfants de 6 à 10 ans (101 garçons, 103 filles), enfants normaux, présentant des conditions régulières de scolarité et montrant à l'école primaire un comportement normal. L'auteur décrit les résultats obtenus avec le psychodiagnostic de Rorschach, envisageant successivement : nombre des réponses, temps de réaction, aire de perception, modalités de perception, forme, mouvement, couleur, clair-obscur, contenu. Dans l'ensemble, la productivité est inférieure à celle des adolescents et des adultes au point de vue de la quantité et de la qualité. La pensée apparaît tournée plus nettement vers le concret et l'immédiat, et tout particulièrement pour les filles. L'affectivité montre une meilleure capacité d'adaptation sociale que chez l'adolescent. Elle se rapproche davantage de celle de l'adulte. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La signification des influences traumatisantes du monde extérieur pour le développement de nos enfants et de nos jeunes d'aujourd'hui (Die Bedeutung schädigender Umwelteinflüsse für die Entwecklung unserer heutigen Kinder und Jugendlichen), par E. LORENZ (de Graz). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 332, 30 juin 1956, p. 259).

Le développement de la civilisation, l'accélération du mouvement de la vie moderne, le relâchement de nombreux liens antérieurs, l'abandon de certains principes peuvent entraîner des conséquences fâcheuses sur le développement intellectuel, affectif et moral des jeunes enfants. Les parents doivent connaître leur devoir pour essayer de combattre ces causes pertur-

batrices et pour permettre un épanouissement harmonieux des qualités originelles de leurs descendants.

V.-J. DURAND.

Composantes normales et pathologiques de l'intégration de groupe. Le rapport du jeune enfant avec ses compagnons (Componenti normale e patologica dell'integrazione di gruppo. Il rapporto del bambino coi compagni), par Isidore TOLENTINO (de Rome). (*Infanzia anormale*, fasc. 17, mai-juin 1956, p. 203-214).

Pour l'intégration normale dans le groupe, il faut mettre au premier plan le rôle des parents comme source de sécurité et modèle pour l'identification de l'enfant. L'auteur discute quelles sont les qualités à exiger des parents pour qu'une telle identification puisse se faire d'une façon convenable. Il montre l'importance des rapports interpersonnels au moment de l'adolescence. Il attire surtout l'attention, sur les composantes instinctives, conçues comme chargées d'énergie psychique. De leur harmonie dépend un rapport satisfaisant avec les camarades. Ce même rapport est spécifiquement décrit dans son aspect normal (agressivité modérée, dépendance vis-à-vis des directives communes, capacité d'identification avec les autres qui forment le groupe, solidarité, etc.) et pathologique (agressivité irrationnelle et immotivée, dépendance vis-à-vis d'un seul, timidité pathologique, tendances à la délinquance). Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Notes sur les systèmes éducatifs pour anormaux psychiques suivis aux États-Unis (Cenni sui sistemi educativi per anormali psichici seguiti negli Stati Uniti), par Serena LANTINI. (*Infanzia anormale*, fasc. 17, mai-juin 1956, p. 215-230).

Dans cet article sont donnés des renseignements sur l'organisation de l'éducation spécialisée aux États-Unis, notamment en ce qui concerne le développement de classes de perfectionnement pour enfants débiles mentaux. Après un bref rappel historique sur l'origine des différentes méthodes, l'auteur examine le problème de la classification et de la terminologie, qui sont conçues de la même manière que dans le domaine de la psychologie éducative. Puis sont montrés les buts à atteindre dans l'enseignement des anormaux psychiques, avec évocation des problèmes posés par la diffusion des classes de perfectionnement auprès des écoles pour enfants normaux. Un tableau synthétique est donné du programme à appliquer dans chacune des classes de perfectionnement. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Recherches psychosociales sur le phénomène du redoublement dans les premières classes élémentaires d'un centre urbain de la vallée du Pô. (Indagine psicosociale sul fenomeno della ripetenza nelle prime elementari di un centro urbano della valle padana), par Sergio VECCHIA. (*Infanzia anormale*, fasc. 17, mai-juin 1956, p. 245-265).

Se basant sur une étude faite à Reggio-Emilia, l'auteur pense que les enfants d'intelligence normale qui redoublent la première classe du cours,

élémentaire le font à cause d'un phénomène d'inadaptation scolaire qui, à côté de l'inadaptation sociale et familiale, rentre dans le tableau de la crise des six ans. Des éléments socio-économiques (indigence, niveau social insuffisant, maladies, anomalies de la famille) et psychologiques (troubles affectifs, retards psychiques) conditionnent l'adaptation de l'enfant de 6 ans aux situations nouvelles en général et aux difficultés du début de la scolarité en particulier.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude de la fatigue mentale à l'école moyenne (Contributo allo studio dell'affaticamento mentale nella scuola media), par Otto L. ROSE et Ivan NICOLETTI (de Florence). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17^e année, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 755-767).

Les auteurs présentent les résultats de quelques recherches sur des élèves des écoles secondaires de Florence. Quatre classes de lycée (100 enfants) ont été examinées, ainsi qu'une classe d'un institut industriel (30 enfants). Il a été possible d'observer que les méthodes de la psychologie traditionnelle (tests d'attention et de concentration) ne sont pas suffisantes pour mettre en évidence le surmenage mental de l'écolier. Se basant sur les résultats obtenus et sur les nouvelles théories émises à propos de la fatigue mentale, les auteurs proposent l'utilisation de nouvelles méthodes de dépistage plus valables. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le comportement graphique de l'enfant dans les premières représentations des indistincts naturels (Il comportamento grafico del bambino nelle prime rappresentazione degli indistinti naturali), par Graziella ZECCA (de Gênes). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17^e année, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 737-754).

Les recherches rapportées ici constituent une contribution à l'étude de l'origine du dessin chez l'enfant, concernant un aspect qui jusqu'à présent n'avait pas été pris en considération, c'est-à-dire celui de la représentation graphique des indistincts naturels (ciel, mer, terre, etc.). D'après les travaux effectués sur 120 enfants, il apparaît que la première représentation graphique de situations indistinctes est quelquefois très semblable au gri-bouillage, spécialement pendulaire, qui prend ainsi un sens spécial. D'autres fois, il s'agit de dessins linéaires et à bords définis. Après ces dessins, apparaissent d'autres types de représentation avec dessins à bords pleins, enfin, dessins impressionnistes qui répondent le plus à la réalité phénoménique. La succession de ces dessins peut, entre certaines limites, fournir des renseignements permettant d'évaluer le degré de développement mental de l'enfant. Chez les oligophrènes, on note une persistance des représentations graphiques les plus élémentaires. Références bibliographiques. Vingt-deux figures en douze tables hors-texte.

V.-J. DURAND.

La fonction du moi dans l'adolescence (The function of the self in adolescence), par Lawrey HAWKEY. (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 1, 1955, p. 48-58).

La présente étude est basée sur l'analyse de sept rêves d'une jeune fille de 15 ans 1/2, l'interprétation en étant faite d'après les principes de C. G. Jung. Le moi apparaît sous des formes variées, parmi lesquelles les symboles classiques de la roue qui tourne, du carré et du cercle. Comme le dit Fordham : « En général, les archétypes apparaissent à des périodes critiques comme pour corriger un développement unilatéral ou pour pousser l'individu vers une nouvelle étape. » Dans les rêves de la jeune fille étudiée, le moi conduit à l'assimilation de la moitié obscure de la « psyché » : l'ombre de Jung. Cette assimilation constitue le but essentiel de la cure. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Paranoïa de type exalté dans l'établissement d'une folie à deux. Étude de deux adolescentes homicides (Paranoia of the exalted type in a setting of folie à deux. A study of two adolescent homicides), par R. W. MEDLICOTT (de Dunedin, Nouvelle-Zélande). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 4, 1955, p. 205-223).

L'auteur rapporte avec beaucoup de détails les histoires cliniques de deux jeunes meurtrières âgées respectivement de 16 ans et 15 ans 1/2. Les jeunes filles avaient développé ensemble une forme exaltée de paranoïa réalisant un type simultané de folie à deux. Il y avait chez elles des idées de grandeur, avec croyance à leur génie, à leur situation au-dessus des lois morales, humeur excitée. Une des meurtrières tenait un journal où peut être retrouvée l'évolution des idées délirantes. Finalement, elles tuèrent ensemble la mère de l'une d'entre elles. L'auteur montre l'intérêt de ces observations avec apparition de la paranoïa de Kræpelin dès l'adolescence. Quelques rapprochements sont faits avec des modifications semblables des conceptions éthiques, telles qu'elles sont décrites dans la littérature, notamment chez Nietzsche, Dostoïewski et Irving Stone.

V.-J. DURAND.

Catégories diagnostiques en psychiatrie infantile (Diagnostic categories in child psychiatry), par Kenneth CAMERON. (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 1, 1955, p. 67-71).

Après avoir rappelé les principales tendances de la psychiatrie infantile contemporaine, l'auteur montre les difficultés rencontrées pour classer les troubles mentaux de l'enfant. Trois concepts de base doivent être utilisés dans ce but : celui de développement et de maturation de l'organisme, celui de réactions et d'adaptation à l'environnement, enfin celui des buts individuels poursuivis par l'enfant. L'auteur passe alors en revue les divers syndromes mentaux possibles en les classant sous trois rubriques : développement, réaction, personnalité individuelle. Les troubles psychiques sont répartis en sous-groupes notés de a à s. Cette classification devrait faciliter la comparaison des cas cliniques, les échanges entre auteurs et l'étude catamnétique des malades.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Problèmes de physiologie de l'olfaction. Hypothèse sur la régulation centrale de l'activité afférente dans le système olfactif (Problemi di fisiologia dell'olfatto. Una ipotesi sulla regolazione centrale dell'attività afferente nel sistema olfattivo), par Mirko CARRERAS et Franco ANGELERI (de Parme). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 275-297).

Les auteurs rapportent les résultats d'une série de recherches visant à expliquer l'augmentation des ondes induites bulbaires après l'interruption des fibres contenues dans le bras antérieur de la commissure antérieure. Chez des chats curarisés ont été étudiées les variations de l'activité électrique spontanée et induite des bulbes olfactifs provoquées par les conditions expérimentales suivantes : section des fibres du bras antérieur de la commissure ; destruction d'un bulbe olfactif ; destruction, stimulation, atropinisation, acétylcholinisation du cortex d'une aire piriforme. Au niveau de ce cortex, il est possible de produire des modifications variées sur une activité qui modère ordinairement dans le bulbe olfactif opposé le phénomène de synchronisation caractéristique des ondes induites. L'atropine appliquée sur le cortex piriforme bloque cette activité. Des excitations électriques à haute fréquence l'exaltent, au contraire, comme l'application locale d'acétylcholine. Les résultats sont en faveur d'une régulation des ondes induites d'un bulbe assuré par l'intégrité du paléocortex controlatéral. Des stimulations sensorielles internes peuvent renforcer cette régulation par des voies croisées entre bulbe olfactif et cortex prépiriforme opposé. Il y a modération de la synchronisation des cellules mitrales à travers une modification de l'état fonctionnel des grains. La régulation centrale de l'activité afférente du système olfactif entre dans le principe général de l'organisation fonctionnelle du système nerveux. On peut avancer l'hypothèse que ces influences centrales interfèrent sur les phénomènes de l'adaptation et de la discrimination des stimulations olfactives. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Problèmes de physiologie de l'olfaction. Etude électrophysiologique des voies centrifuges d'origine paléocorticale (Problemi di fisiologia dell'olfatto. Studio elettrofisiologico della vie centrifuge d'origine paleocorticale), par Franco ANGELERI et Mirko CARRERAS (de Parme). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 255-273).

Après un bref rappel des données de la littérature relative aux rapports anatomiques et fonctionnels entre aire paléocorticale et bulbes olfactifs, les auteurs décrivent les résultats d'une recherche électrophysiologique et neurographique sur les connexions centrifuges du paléocortex. Il en résulte que chaque aire paléocorticale basale envoie des fibres centrifuges aux deux bulbes olfactifs. Il est possible que les rapports croisés aient également un caractère réciproque. D'autre part, on peut penser que les petites cellules participent à la genèse de l'activité spontanée des bulbes olfactifs, dont doivent être tenues comme distinctes les ondes induites qui viennent de la

synchronisation des potentiels des cellules mitrales à la suite d'une stimulation naturelle. Une distinction semblable est rendue possible par l'étude de l'aspect morphologique différent que présentent les décharges propagées aux bulbes olfactifs à partir d'une aire prépiriforme stimulée électriquement. Cela explique les modifications qu'il est possible d'induire sur une telle activité convulsive au moyen de la stimulation naturelle ou par la section des fibres du tractus olfactif. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur l'action de l'alpha-chloralose chez l'individu adulte normal (Sull'azione dell'alfacloralosio nell'individuo adulto normale), par Lodovico INGHIRAMI et Alberto MURATORIO (de Pise). (*Rivista de neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 161-180).

Les effets de l'injection intraveineuse d'alpha-chloralose à la dose de 8 mgr. par kg. chez un adulte normal peuvent être décrits comme suit : l'électro-encéphalogramme passe d'une augmentation des fréquences basses à la manifestation d'ondes poly-rythmiques postérieures, suivies par des rythmes diffus à 4-7 cycles-seconde, avec ondes polyrythmiques diffuses à 2 cycles-seconde et, enfin, avec des ondes bifrontales hypersynchrones à 3 cycles-seconde. La réponse évoquée par la stimulation lumineuse intermittente est normale dans les premiers stades. Plus tard, la stimulation n'agit plus. Le sujet, d'abord cliniquement modérément confus, s'endort, mais peut être facilement réveillé. Si la dose est augmentée, il y a parfois des secousses myocloniques, affectant seulement la partie distale des membres supérieurs. Puis les secousses se diffusent à d'autres territoires, en se montrant plus nettes aux membres supérieurs et à la face. L'électromyogramme percutané confirme qu'il s'agit de mouvements myocloniques. Les auteurs n'ont pas trouvé de corrélations entre le comportement clinique et les données de l'électro-encéphalogramme. Les secousses myocloniques n'ont pas de caractères spécifiques. Le pouls et la tension artérielle subissent de légères variations. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Note sur le comportement des protéines sériques, étudiées par la méthode électrophorétique sur papier chez des sujets porteurs de tumeur cérébrale (Nota sul comportamento delle proteine seriche, studiate col metodo elettroforetico su carta, in Soggetti portatori di tumore cerebrale), par Giovanni MANNIRONI (de Pise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 3, 1956, p. 658-668).

Utilisant la méthode de l'électrophorèse sur papier, l'auteur a recherché les modifications des protéines sériques dans un groupe de malades porteurs d'une tumeur cérébrale. Dans tous les cas, les modifications électrophorétiques n'étaient pas constantes. Pour les tumeurs intraparenchymateuses avec évolution nettement plus maligne, on note une fréquente diminution de la fraction albuminique et une augmentation des alpha-globulines. Au contraire, dans les tumeurs avec évolution plus lente, il y a augmentation notable des albumines et diminution des gamma-globulines. Dix cas sont étudiés. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'action de l'électrochoc sur la croissance corporelle et sur les glandes endocrines de très jeunes animaux (chiens, lapins). (L'azione dell'elettroshock sull'accrescimento corporeo e sulle ghiandole endocrine di giovanissimi animali (cani, conigli), par Giovanni MANNIRONI et Aldo GIANINI (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 2, fasc. 2, avril-juin 1956, p. 181-208).

Des chiens et des lapins très jeunes ont été soumis à une série de douze électro-chocs. Dans une première phase, il a été possible d'observer, correspondant aux six premières séances, une action stimulante sur la croissance pondérale, surtout chez les chiens. Ultérieurement, du 6^e au 12^e électro-choc, il y a eu une lente et graduelle réduction de la croissance pondérale sans signes de compromission des conditions trophiques générales. Après la fin de la série, fut observée une reprise de poids telle qu'au bout de trente jours le poids des animaux traités égalait celui des animaux de contrôle. La recherche histologique des glandes à sécrétion interne a montré une hyperplasie parenchymateuse de la thyroïde avec aspect de type sécrétoire, une légère hypotrophie des capsules surrénales intéressant les zones réticulaire et fasciculée avec augmentation relative de la partie médullaire, une involution précoce et une atrophie du thymus. Se basant sur les résultats obtenus et sur les données de la littérature, les auteurs concluent : les variations pondérales sont à rapporter à des modifications fonctionnelles des centres métaboliques d'encéphaliques : première phase anabolique, deuxième phase catabolique ; les altérations histologiques des glandes endocrines sont minimales et réversibles, correspondant à une activation de l'axe hypophyso-surrénal ; l'électro-choc appliqué suivant les règles de la pratique exerce chez les animaux très jeunes une action très faiblement nocive sur la croissance corporelle. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Essai préliminaire sur le traitement des syndromes hypercinétiques par la réserpine (Ensayo preliminar sobre el tratamiento de los sindromes hiper-cinéticos con reserpina), par J.-O. TRELLES, S. D. ROEDENBECK et J. M. CUBA. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 375-386).

Les auteurs ont essayé le traitement par la réserpine chez 18 malades ayant des mouvements involontaires anormaux : choréiques, choréo-athétosiques, hémiballiques, athétosiques, dystoniques, de torsion, parkinsoniens, à type de tremblement céphalique. La voie buccale est jugée préférable, avec des doses petites et progressives jusqu'à une dose d'entretien, en moyenne de 3 à 4 mgr. par jour. Les effets s'observent au bout de quelques jours. L'action du médicament est surtout heureuse, par ordre décroissant, dans quatre groupes de mouvements anormaux : mouvements choréiques : nette amélioration objective et subjective ; hémiballisme et mouvements choréo-athétosiques : légère amélioration objective et bonne amélioration subjective ; mouvements athétosiques : amélioration subjective ; enfin, tremblements céphaliques : effets discordants. Sur le tremblement de type parkin-

sonien, il n'y eut aucune action bienfaisante. Décrivant la symptomatologie concomitante, envisageant la question de l'intolérance, les auteurs montrent que l'effet obtenu dans tous les cas est purement symptomatique. Le problème du mécanisme d'action est discuté. Il semble s'agir d'une sédation de forme particulière. Mais des études plus complètes sont nécessaires.

V.-J. DURAND.

Etude expérimentale de l'action de la N. Méthyl-alpha-phényl-succinimide dans les névroses, par Hector de ANDRADE LIMA. (*Neuro biologia*, Recife, t. 18, n° 2, juin 1955, p. 81-86).

L'auteur a soumis 18 malades, de la consultation externe de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale de Paris, à un traitement de deux semaines par la n-méthyl-alpha-phényl-succinimide. Il s'agissait de sujets présentant des états névrotiques avec composantes anxieuses. Sept ont montré une amélioration clinique notable. L'emploi du questionnaire Cornell Index (forme n° 2), avant et après la fin du traitement, a permis de mettre en évidence une amélioration des résultats à ce test sous l'action du traitement. Il y a une très forte corrélation entre l'amélioration clinique et celle observée au questionnaire. L'analyse détaillée des modifications notées au questionnaire fait penser que l'action du médicament porte principalement sur les symptômes de névroticisme général et, en particulier, sur les manifestations neuro-végétatives de l'anxiété.

V.-J. DURAND.

Premiers essais avec le Bender-Gestalt-Test. Résultats chez les schizophrènes (Primeiros ensaios com o Bender-Gestalt-Test. Resultados em esquizofrênicos), par José Carlos CAVALCANTI BORGES (de Recife). (*Neuro-biologia*, Recife, t. 18, n° 2, juin 1955, p. 87-100).

L'auteur a employé le Bender-Gestalt-Test chez 40 schizophrènes et sur un groupe-témoin de 40 sujets normaux. La moyenne de quotation des fautes fut de 109 chez les schizophrènes et de 75 chez les témoins. En vérifiant les valeurs numériques des séries, dessin par dessin, on observa que l'on peut considérer comme valeur probante la différence des moyennes pour les dessins 2, 6 et 8 et pour la configuration. Dans la plus forte quotation de la série des schizophrènes, on comptait 315 déviations majeures et 613 déviations mineures ; les sujets normaux donnèrent 205 déviations majeures et 526 mineures. L'analyse qualitative révéla comme faits les plus fréquents chez les schizophrènes : la distorsion, la reproduction avec erreur de parties de dessin, le tracé de la file extrême dans le dessin n° 3, la disposition des copies avec un désordre extrême et une variation prononcée dans les dimensions des reproductions. De telles altérations indiqueraient une organicité modérée. Les résultats numériques et la nature des erreurs observées dans la schizophrénie seraient un signe indicatif de la concomitance de symptômes névrotiques et psychotiques. Des signes probables de composantes paranoïdes pourraient aussi être notés. Reproductions des dessins du test. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur les modifications du cycle menstruel par l'électrochoc-thérapie (Sulla modificazioni del ciclo mestruale da elettroshockterapia), par A. GIANNINI et G. DEL CARLO GIANNINI (de Pise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, 1956, p. 326-343).

Les auteurs font une étude analytique et statistique sur les modifications du cycle menstruel en cours de traitements par électro-chocs. Ces derniers déterminent, dans 75 % des cas, une altération du cycle avec tantôt avance, tantôt retard des règles, tantôt aménorrhée. Le retard et l'aménorrhée sont les conséquences les plus fréquentes et sont en rapport direct avec la durée et l'intensité du traitement. La thérapeutique associée (électro-chocs et comas insuliniques) augmente le pourcentage des retards et des aménorrhées. Les auteurs ont observé que l'aménorrhée est plus fréquente quand le début des électro-chocs correspond à la période menstruelle ; l'avance des règles se voit surtout quand le traitement commence à la phase post-menstruelle. Il n'y a que des faibles changements du cycle si les chocs électriques sont appliqués à la période pré-menstruelle. Chez les malades névrosées, l'électro-choc provoque une altération des règles moins marquée que dans les autres affections psychiques. L'aménorrhée psychique qui se retrouve souvent, surtout dans la schizophrénie, n'est pas beaucoup influencée par l'électro-choc. Les différents troubles menstruels consécutifs à l'électro-choc sont attribuables à une perturbation de l'équilibre endocrinien suivant l'action sur les centres hypothalamo-hypophysaires au passage du courant électrique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Prémises expérimentales et résultats cliniques concernant l'emploi de la chlorpromazine dans les maladies neuropsychiatriques (Premesse sperimentali e risultati clinici riguardanti l'impiego della clorpromazina in malattie neuropsichiatriche), par C. DE RISIO et E. MANGHI (de Parme). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 1-2, 1956, p. 345-354).

Les auteurs rappellent les résultats expérimentaux relatifs à l'action de la chlorpromazine, importants au point de vue neuro-psychiatrique. La prévalente activité du produit sur les structures nerveuses méso-diencephaliques est soulignée. Puis sont évoquées les expériences cliniques sur les méthodes d'emploi thérapeutiques et sur les dosages de la chlorpromazine seule ou associée à d'autres médicaments. Les avantages thérapeutiques doivent être interprétés sur la base des acquisitions obtenues par les recherches expérimentales et cliniques. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur trois cas de paralysie générale progressive soumis à un traitement par hibernation artificielle (Su 3 casi di paralisi generale progressiva sottoposti a trattamento mediante ibernazione artificiale), par Luigi RUJU. (*Acta neurologica*, Naples, 11^e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 140-143).

L'essai de traitement par hibernation artificielle de trois cas de paralysie générale a donné deux résultats négatifs pour des malades atteints depuis de longues années. Dans le cas à début récent, l'hibernation s'est révélée

efficace, mais elle n'est pas supérieure à la pyrétothérapie. Cependant, l'hibernation est susceptible d'applications utiles dans la thérapeutique de la paralysie générale.

V.-J. DURAND.

Hyperpyrétothérapie vaccinale (Méthode Buscaino) et acétylcholinothérapie (Méthode Fiamberti) en association thérapeutique chez les schizophrènes chroniques, au-delà de trois ans de maladie (Iperpiretotapia vaccinnica (metodo Buscaino) ed acetilcolinoterapia (metodo Fiamberti) in associazione terapeutica in schizofrenici cronici, oltre i tre anni di malattia), par P. PAPPALARDO, P. RONCO et L. BIASCI (d'Alessandria). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 45, fasc. 2, 1956, p. 245-270).

Après une revue des résultats thérapeutiques signalés par les divers chercheurs dans le traitement de la schizophrénie, les auteurs rapportent les conditions d'application d'une méthode combinée. Chez 92 malades (schizophrènes chroniques atteints depuis trois à seize ans), ils ont associé l'hyperpyrétothérapie vaccinale selon le procédé de Buscaino et l'acétylcholinothérapie de Fiamberti. Des tables donnent le détail des résultats obtenus. Dans l'ensemble, il y a eu 44,5 % d'améliorations moyennes, 16,3 % d'améliorations importantes, 22,7 % une meilleure adaptation intrahospitalière. L'ancienneté de la maladie ne semble pas intervenir sur l'efficacité du traitement. Cette thérapeutique associée ne serait pas empirique, mais fondée sur des expériences biologiques. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Effets de hautes doses d'isoniazide sur le système nerveux et le psychisme (Effetti di alte dosi di izoniazide sul sistema nervoso e sullo psichismo), par R. LARRICCHIA, M. LUCCHESI et G. RIVOLTA (de Milan). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 9, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 497-508).

Les auteurs, après une revue de la littérature sur la toxicologie de l'isoniazide et sur les effets de ce produit sur le système nerveux, décrivent les résultats d'une expérimentation, en administrant à 18 malades mentaux, porteurs d'un complexe primaire cliniquement stabilisé, 22 et plus de milligrammes par kilo d'isoniazide par jour, pendant 45 jours. Il apparaît que l'isoniazide semble tolérée parfaitement par l'homme et que la rareté et le peu d'intensité des phénomènes toxiques généraux et nerveux au cours de l'expérimentation ont été notés. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Bases pharmacologiques et pharmacodynamiques des cures neuroganglioplégiques (Basi farmacologiche e farmacodinamiche delle cure neuroganglioplegiche), par Silvano SCHIPA (de Lecce). (*L'ospedale psichiatrico*, 24^e année, fasc. 1, janvier-mars 1956, p. 74-90).

Après un bref rappel de la physiologie du système nerveux végétatif, l'auteur expose les principales activités des neuroganglioplégiques (chlorpromazine, réserpine), puis discute leur mécanisme d'action. Les possibilités thérapeutiques de ces médicaments sont mises en relief. Bien que possédant un vaste champ d'activité, ces produits ne doivent pas être considérés comme

une panacée et ne doivent pas être employés indistinctement chez n'importe quel malade. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Un cas d'œdème cérébral aigu au cours de la thérapeutique résérpinique (Un caso di edema cerebrale acuto in corso di terapia reserpinica), par V. DELLA PIETRA et G. FINA (de Naples). (*L'ospedale psichiatrico*, 24^e année, fasc. 1, janvier-mars 1956, p. 91-95).

Une malade de 18 ans, atteinte d'un état d'agitation avec phénomènes psycho-sensoriels et confusion, est soumise à un traitement résérpinique : 4 mgr. le matin, 4 le soir, *per os*. Le cinquième jour, la dose est portée à 12 mgr., et maintenue jusqu'au 20^e jour. A ce moment, elle est ramenée à 8 mgr. Il y avait alors des œdèmes faciaux et, au niveau des extrémités, avec tremblement marqué et hypotension. Le 26^e jour, apparaissent une céphalée intense, des vomissements, puis une crise convulsive épileptiforme suivie de coma. Le diagnostic d'œdème cérébral est porté et le traitement correspondant institué. Deux heures après, la malade commençait à sortir de son état comateux. Deux jours plus tard, elle était lucide et calme. On peut penser, dans le cas présent, à l'affinité spéciale de la réserpine pour la zone méso-diencephalique. L'œdème répondait à des troubles vaso-moteurs d'origine diencephalique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Actualités thérapeutiques 1955 en psychiatrie, par André GREEN (*L'encéphale*, t. 45, n° 2, 1956, p. 172-200).

L'auteur passe en revue les principales nouveautés de la thérapeutique psychiatrique apparues au cours de l'année 1955, en séparant les méthodes physiothérapiques des méthodes psychothérapiques. Parmi les premières, sont envisagés d'abord les médicaments offerts par la pharmacologie : médications neuroleptiques (chlorpromazine, réserpine, employées seules ou associées entre elles ou à d'autres traitements), hibernations et cures de sommeil, sels de lithium, isoniazide et streptomycine, hormones (propionate de testostérone, A.C.T.H., cortisone, succinate de 21-hydroxy-prégnandione), amphétamines, acide glutamique et glutamines, ergot de seigle, anti-histaminiques, traitements de l'alcoolisme (delirium tremens, encéphalopathie de Gayet et Wernicke, cures de désintoxication), produits nouveaux à l'étude (acide nicotinique, meratran et frenquel, méphénésine ou miltown, bénactyzine, acroagonine). Puis sont évoquées les méthodes de choc : traitements électriques, insulinothérapie, acétylcholine, carbonarcose, pneumo-encéphalographie, syncrèsothérapie d'Alves Garcia. Enfin est décrite la position actuelle de la psychochirurgie (lobotomies, leucotomies, topotomies, hémisphérectomies). Les méthodes psychothérapiques sont moins longuement étudiées : psychanalyse et procédés d'inspiration psychanalytique, ergothérapie, psychothérapie de Baruk, psychothérapie japonaise de Morita. En conclusion, l'auteur montre que « c'est déjà une acquisition importante de la thérapeutique biologique de permettre le contact psychothérapique, impossible avant l'administration du médicament ». 145 références bibliographiques.

V.-J. DURAND

Action de la chlorpromazine et de la réserpine sur l'activité sérotonique et cholinergique du système nerveux (Azione della cloropromazina e della reserpina sull'attività serotoninica e colinergica del sistema nervoso), par Alfredo POLONI (de Bergame). (*Il cervello*, 32^e année, n° 4, 15 juillet 1956, p. 285-292).

La chlorpromazine et la réserpine déterminent, comme les barbituriques, une diminution dans le cortex cérébral et une augmentation immédiate dans le pont et le mésencéphale de la fraction sérotonique activable par la LSD 25. La fraction libre, mise en évidence dans les extraits simples, présente au contraire une diminution aussi bien dans le cortex que dans le pont et le mésencéphale dans le cas de la chlorpromazine. Elle demeure inchangée dans le cortex et augmente dans le pont et le mésencéphale pour la réserpine. L'activité cholinergique augmente pour la chlorpromazine dans le cortex, le pont et le mésencéphale ; elle demeure inchangée dans le cortex, augmentant dans le pont et le mésencéphale pour la réserpine. Il est possible de faire un rapprochement entre l'augmentation de la sérotonine dans la fraction activable par la LSD 25 dans le pont et le mésencéphale et les phénomènes de ralentissement et de relâchement par la chlorpromazine et de la réserpine ; il en est de même entre l'augmentation de la sérotonine libre et les phénomènes de sommeil particuliers à la réserpine. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La réserpine en neuropsychiatrie (La reserpina in neuropsichiatria), par Edoardo TEANI (de Milan). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 70, fasc. 3, 1^{er} août 1956, p. 615-637).

L'auteur a expérimenté la réserpine en solution injectable dans quelques maladies mentales, choisissant 40 malades, la plupart jeunes et près du début de l'affection : schizophrénie avec état d'excitation, syndromes maniaques, psychoses phobiques et obsessionnelles avec crises d'excitation anxieuse. Les doses quotidiennes ont été bien supportées jusqu'à un maximum de 15 mgr. et pour une période oscillant de 35 à 45 jours. Dans un seul cas, le traitement fut suspendu à cause d'une dyspnée invincible et très pénible, d'origine centrale et installée six jours après le début de la cure. Les effets collatéraux ont été minimes. Ils ont pu, en partie, être évités en tenant les malades au lit pendant le traitement. L'effet secondaire asthénisant du médicament a été combattu par l'administration contemporaine de sulfate d'amphétamine comme excitant central. Pendant et après la cure de réserpine, il n'a été observé chez aucun malade de modification appréciable de la crase sanguine ou d'altérations hématiques. De même, il ne fut décelé aucune anomalie à l'examen électro-encéphalographique. Les résultats cliniques obtenus en ce qui concerne le tableau psychique sont assez peu satisfaisants, tandis que pour les symptômes subjectifs ils ont été notables. Il apparaît possible de définir la réserpine comme un excellent produit neuro-sédatif, par son action rapidement apaisante, peu toxique, sans propriétés analgésiques, anticonvulsivantes, hypnotiques ou narcotiques. Chez presque tous les malades traités, a été obtenue une atténuation progressive de l'inquiétude psychique, de l'état anxieux, de l'insomnie et de l'émotivité. Indubitablement, il a été noté que l'insomnie est la première à céder au

traitement. La réserpine est surtout efficace dans les affections mentales qui s'accompagnent d'agitation, d'excitation, d'anxiété ou d'idées de culpabilité. Dans la dépression, dans la mélancolie, l'angoisse et la tristesse disparaissent parfois. Dans les psychoses phobiques et obsessionnelles, il y a atténuation ou disparition de l'angoisse et de l'obsession. L'alcaloïde apaise toujours les impulsions. Se basant sur son expérience personnelle, l'auteur pense que l'action de la réserpine dans les diverses affections mentales consiste dans le fait que les malades deviennent plus calmes, plus détendus, moins anxieux, d'une humeur plus équilibrée, dormant mieux. Le produit doit être rangé parmi les médicaments qui complètent la thérapeutique sédative. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La mysoline dans le traitement de l'épilepsie (Mysoline in the treatment of epilepsy), par Moriaki ANDO (de Nagoya). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 4, mars 1956, p. 304-308).

Trente malades présentant tous les types de crises épileptiques furent traités par la mysoline. Celle-ci contrôle efficacement le grand mal, mais se montre sans action sur le petit mal. Pour les formes psycho-motrices et focales, il n'y eut aucune guérison, mais des améliorations. De bons résultats furent obtenus par la mysoline seule ou associée à d'autres anticonvulsivants. Parmi ceux-ci, se sont montrés particulièrement efficaces le phényl-éthylmalonylurée et le 3-5-5-triméthylloxazolidine-2-4-dione. Certains effets de type toxique furent notés chez quelques malades. Ils répondaient peut-être à une hypersensibilité constitutionnelle. Il ne s'est jamais agi de phénomènes graves, mais seulement de somnolence, de nausées, de vertiges, de vomissements, de diarrhée, de céphalées. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Réhabilitation de schizophrènes chroniques par une nouvelle méthode de thérapeutique occupationnelle (Rehabilitation of chronic schizophrenics by a new method of occupational therapy), par E. D. WITTKOWER et John D. LA TENDRESSE (de l'Université Mc Gill, Canada). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 1, 1955, p. 42-47).

Une nouvelle forme de thérapeutique occupationnelle plus active et établie progressivement a été employée pour un groupe de six schizophrènes femmes à évolution déjà ancienne. Une comparaison a été faite avec un groupe de contrôle, soumis à une cure occupationnelle classique. Les malades traités par la nouvelle technique peuvent atteindre un plus haut niveau d'organisation psychique, montrer une meilleure maturation du moi avec diminution des réactions impulsives. Les progrès obtenus ont transformé l'aspect et le comportement des schizophrènes, malgré l'ancienneté de la maladie. Peut-être ce procédé aurait-il donné des résultats encore meilleurs, si l'application avait été faite à un stade plus précoce.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1956*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e).

L'assemblée générale et la séance ordinaire du mois de décembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 décembre 1956*, à 15 heures 30, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations dans l'Ordre de la Santé publique

Au grade de chevalier :

M. le D^r BERTRAND (Victor), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le D^r BOUQUEREL (Jacques), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) ;

M. le D^r DELAGE (Edouard), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Nauzeat, à Limoges (Haute-Vienne) ;

M. le D^r PERRET (Aimé), médecin à l'hôpital psychiatrique Marchand, à Toulouse (Haute-Garonne) ;

M. le D^r REQUET (André), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Vignatier, à Bron (Rhône).

(J.O. des déc. et méd. du 11-8-1956, p. 829).

Nominations

Par arrêté en date du 11 septembre 1956, M. le D^r BESSIÈRES, ancien médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 19 août 1956, est nommé médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques de la Seine ;

Par arrêté en date du 11 septembre 1956, M. le D^r Georges ROUSSEAU est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé, faisant fonction d'établissement public, à Montredon (Haute-Loire) (poste créé).

(J.O. du 21-9-1956, p. 8940).

Par arrêté en date du 21 septembre 1956, M. le D^r BLANC est mis à la disposition du préfet de la Seine, pour une durée de trois ans, en vue de son affectation, en qualité de médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, au centre psychiatrique Sainte-Anne, à Paris ;

Par arrêté en date du 21 septembre 1956, Mme le D^r GRASSET, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse), est placée en position de détachement et mise à la disposition du préfet de la Seine, en vue d'être affectée, en qualité de médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, au centre psychiatrique Sainte-Anne, pour une durée de trois ans, à compter du 1^{er} octobre 1956 ;

Par arrêté en date du 25 septembre 1956, M. le D^r MONNERIE est chargé, à titre provisoire, des fonctions de médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher), en remplacement de M. le D^r BARON, en position de disponibilité.

(J.O. du 2-10-1956, p. 9354).

Par arrêté en date du 22 octobre 1956, M. le D^r Guy BENOIT est chargé, à titre provisoire, des fonctions de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, en remplacement de M. le D^r GUIGUEN, appelé à d'autres fonctions. Cet arrêté prendra effet de la date d'installation de l'intéressé.

(J.O. du 28-10-1956, p. 10348).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges), poste créé.

(J.O. du 29-8-1956, p. 8265).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise), poste créé ;

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Paul, à La Réunion.

(J.O. du 13-9-1956, p. 8695).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac-sur-Garonne (Gironde) ;

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher) (2^e publication).

(J.O. du 8-9-1956, p. 9238).

Un poste de médecin-psychiatre départemental est actuellement vacant dans le département du Var.

(J.O. du 26-9-1956, p. 9145).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

(J.O. du 2-10-1956, p. 9368).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-assistant au centre de traitement et de réadaptation sociale de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

(J.O. du 9-10-1956, p. 9654).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique faisant fonction d'établissement public de Saint-Rémy (Haute-Saône).

(J.O. du 30-10-1956, p. 10418).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication des présents avis, au secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population, direction de l'administration générale, du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

Décret n° 54-1013 du 3 octobre 1956, modifiant le décret du 25 décembre 1938, concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, autres que ceux de la Seine.

Le président du conseil des ministres,
Sur le rapport du ministre des affaires sociales et du secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 25 décembre 1938 concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, modifié par les décrets des 21 mai 1940, 27 mai 1942, 1^{er} septembre 1950, 5 mai 1952, 2 septembre 1954 et 7 octobre 1954,

DÉCRÈTE :

Article premier. — L'article 14 du décret du 25 décembre 1938 est modifié comme suit :

Premier alinéa : sans changement.

Deuxième alinéa : Ils sont chargés de la direction des hôpitaux psychiatriques. Seuls, les établissements de plus de huit cents malades pourront être confiés à des directeurs administratifs.

Troisième alinéa : sans changement.

Art. 2. — Le ministre des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé publique sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Paris, le 3 octobre 1956.

Guy MOLLET.

Par le président du conseil des ministres :

Le ministre des affaires sociales,
Albert GAZIER.

*Le secrétaire d'Etat
à la santé publique et à la population,*
André MAROSELLI.
(J.O. du 9-10-1956, p. 9633).

Hôpitaux psychiatriques de la région de Marseille.

Un concours pour le recrutement d'internes des hôpitaux psychiatriques sera ouvert à Marseille le 3 décembre 1956. Nombre de places mises au concours : 6.

Sont actuellement vacants : 1 poste à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) et 5 postes à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse). Dépôt des dossiers à la direction de la santé des Bouches-du-Rhône, 66, rue Saint-Sébastien, Marseille, avant le 10 novembre.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1956 (4^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 89.862. — 1956